

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS**  
**VICERRETORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL Y LAS ESTRATEGIAS DE  
AFRONTAMIENTO PARA MODIFICAR LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO  
ADAPTATIVO CRÓNICO EN UN GRUPO DE PADRES, MADRES Y/O CUIDADORES DE  
NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL DEL IPHE DE LOS SANTOS (LAS TABLAS)**

**POR**

**MIXIA YENELA CAMARENA PRADO**

**Tesis presentada como requisito para optar por el grado de Magister en Psicología Clínica**

**SANTIAGO DE VERAGUAS, REPUBLICA DE PANAMÁ**

**2019**

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**

**CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS**

**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

<b>PROGRAMA DE MAESTRÍA EN</b>	<b>Psicología Clínica</b>
<b>FACULTAD DE</b>	<b>Psicología</b>
<b>NÚMERO DE CÓDIGO</b>	<b>CE-PT-327-14-255-01-17-15</b>
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</b>	<b>Mixia Yenela Camarena Prado</b>
<b>TÍTULO AL QUE ASPIRA</b>	<b>Maestría en Psicología Clínica</b>
<b>TEMA DE TESIS</b>	<b>Programa de Terapia Cognitiva Conductual, y</b>

**las estrategias de afrontamiento para modificar los síntomas del Trastorno Adaptativo Crónico en un grupo de padres, madres y/o cuidadores de niños con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).**

**Nombre del o la asesor (a):** **Magister. Laura Domínguez**

**Firma del o la asesor (a):** \_\_\_\_\_

**Firma del estudiante** \_\_\_\_\_

**Aprobado por** \_\_\_\_\_

**Coordinador del Programa**

\_\_\_\_\_  
**Director de Postgrado de la Vicerrectoría**

**de investigación y postgrado**

**Veraguas, Panamá, 2019**

## **DEDICATORIA**

A Dios primero al permitirme conocer la fortaleza y despertar en mí una gran admiración por estos padres, madres y/o cuidadores que son los ángeles que dejo para cuidar al fruto de su amor encarnado en esos niños que nos transmiten amor y cariño.

A mis padres por su apoyo constante en mi vida por enseñarme que a través del trabajo y el sacrificio pueden obtenerse las metas y a no rendirse si no que debemos superarnos cada día más para brindar lo mejor de nosotros en nuestra profesión.

A mi esposo porque siempre me acompaña y exhorta a superarme cada día más, él es mi apoyo constante a nunca dejar de brillar en la vida y por recordarme siempre que soy el ejemplo de mis hijas.

A mis hijas que son la fuente de mi inspiración ya que son el motivo que me impulsa a dar lo mejor de mí ser, a enseñarle que si deseas alcanzar tus sueños debes luchar para lograrlo y no rendirte nunca sino persistir sin desfallecer y que ellas despiertan el anhelo de servir y ayudar a las personas.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios porque me escogió como un instrumento suyo, en la cual puedo sanar las heridas emocionales de las personas, nada tiene sentido si no pongo mis sueños y proyectos en sus manos, él guía mis pasos y caminos en esta vida.

A todos los maestros y a la directora del Instituto panameño de habilidades especiales, por su apoyo, amabilidad y disposición de ayudarme siempre en cada momento.

En especial a los padres, madres, y/o cuidadores de esos niños que demostraron que ser padres, consiste en una entrega incondicional e incansable que está enmarcado de luchas y fortalezas llenas de amor y dolor.

A esos niños por entregarme sus sonrisas y enseñarme que el espíritu es más fuerte que un cuerpo, ya que son capaces de transmitir amor y alegría.

A la profesora Gina Candanedo, por su apoyo desinteresado.

Y en especial a mi tutora Laura Domínguez, por su apoyo y paciencia.

A mis padres que con su paciencia y ayuda siempre me han apoyado incondicionalmente estando al lado de mis hijas, brindándome la tranquilidad de poder realizar esta investigación.

A mi esposo y mis hijas por brindarme su amor y fortaleza.

A todos mil gracias y que Dios los bendiga.

## **INDICE GENERAL**

## Índice General

### Resumen

Introducción	1
CAPITULO I MARCO TEORICO	4
1. Antecedentes	5
2. ASPECTOS TEÓRICOS	11
2.1 Adaptación aspectos básicos	11
2.2 Adaptación pasiva y adaptación activa	12
2.2.1 Adaptación activa	13
2.2 Concepto de adaptación	13
2.3 Definición e historia del trastorno de adaptación	14
2.3.1 Trastorno de Adaptación	14
2.4 Manifestaciones del trastorno adaptación	15
2.5 La Etiología del Trastorno Adaptativo	17
2.6 Definición de Estrés	17
2.6.1 La concepción del estrés como respuesta psicobiológica	18
2.6.2 La concepción del estrés como estímulos ambientales	19
2.6.3 Los modelos transaccionales que conciben al estrés como un proceso	20
2.6.3.1 Tipos de valoración estresantes	21
La valoración Primaria.	21
La valoración secundaria	22
2.6.3.2 Tipos de Respuesta	23
2.6.4 La teoría de Estrés y Emoción	24



2.7 Procesos de afrontamiento	25
2.8 Creencias Irracionales	29
2.9 Factor estresante en los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral.	32
2.10 Estado de ánimo en los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral	35
2.11 Duelo ante el nacimiento de un hijo con discapacidad	36
3.Definicion de parálisis cerebral	38
3.1 El diagnostico de Parálisis Cerebral Infantil (PCI)	38
3.2 La disfunción motora	39
3.3 Deficiencias asociadas	40
3.4 Causas de la parálisis cerebral	40
3.5 Clasificación topográfica y tipos de parálisis cerebral	41
3.5.1 Tipos de parálisis cerebral	42
3.5.1.1 Parálisis cerebral espástica	42
3.5.1.2 Parálisis cerebral atetósica	43
3.5.1.3 Parálisis cerebral atáxica	43
3.5.1.4 La parálisis mixta	44
3.6 Evaluación de la Parálisis Cerebral en Panamá	44
3.6.1 La población panameña con discapacidad	44
3.7 Definiendo el término discapacidad	45
3.8 La discapacidad en Panamá	46
3.9 Impacto del diagnóstico de parálisis cerebral en los padres	47

3.9.1 Los primeros momentos	47
3.10 Constelación familiar, conducta y apoyo social	49
3.11 Apoyo de las instituciones a los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral en Panamá	51
3.12 Estrategias de afrontamiento de los padres, madres, y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral	53
4. Teoría Cognitiva Conductual	54
4.1 Modelo Cognitivo en la Depresión	54
4.2 La Tríada Cognitiva	55
5. Distorsiones Cognitivas	55
6. Pensamientos Automáticos	59
7. La terapia Cognitiva Conductual Actualmente	59
7.1 La Terapia Cognitiva Conductual	60
7.2 Características de la Terapia cognitivo conductual	63
7.3 La terapia cognitiva conductual en el trastorno adaptativo	65
8. Estructura de las Sesiones Terapéuticas	66
8.1 Sesiones Estructura	68
9. Las Técnicas de la terapia cognitiva conductual	69
9.1 Las Estrategias de Intervención	70
9.1.1 Relajación	71
9.1.2 Imaginería y Debate	72
9.1.3 Tareas para el hogar	72
9.1.4 Cuaderno de registro	73

9.1.5. Reestructuración Cognitiva	73
9.2 Técnicas de Afrontamiento	74
9.2.1. Técnica Resolución de Problemas	75
9.2.2. Entrenamiento Asertivo	76
<b>CAPITULO II MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>78</b>
1.Planteamiento del Problema	79
2.Justificacion del Problema	79
3.Objetivos de la Investigación	80
3.1 Objetivo General	80
3.2 Objetivos Específicos	80
4.Población y Muestra	81
4.1 Población Objetivo	81
4.2 Población Muestral	81
4.3 Universo del estudio	81
5.Estrategias de Investigación	82
5.1 Tipo de Estudio	82
5.2 Diseño de Investigación	82
6. Formulación de Hipótesis	84
7. Variables	84
7.1 Variable Dependiente	84
7.1.1 Indicadores	84
7.2 Variable Independiente	86
7.2.1 Indicadores	86

7.1 Definición de las variables	87
8. Método de Selección de Participantes	100
8.1 Criterios de Inclusión	100
8.2 Criterios de Exclusión	100
9. Instrumentos y Técnicas de Medición	100
9.1. La entrevista Conductual	100
9.2. La observación	101
9.3. Cuestionario de Adaptación para Adulto de Hugo Bell	101
9.3.1 Áreas Medidas por el Inventario: Descripción e Interpretación	103
9.3.2 Utilidad del cuestionario	105
9.4. Escala de modos de afrontamiento de Lazarus	105
9. 5. Test de Creencias Irracionales (versión corregida y abreviada)	108
9.6 La terapia cognitiva conductual	112
10. Procedimiento estadístico	114
11. Alcance de la Investigación	115
11.1 Proyección	115
11.2 Limitaciones	115
12. Procedimiento	116
CAPITULO III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	118
1. Análisis de los resultados	119
2. Discusión de los resultados	119
CAPITULO IV CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN	176
Conclusión	177

Recomendación	180
Bibliografía	182
Anexos	186

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N <sup>o</sup> 1	Distribución de la muestra de 8 sujetos en porcentaje por sexo	120
Cuadro N <sup>o</sup> 2	Distribución de la muestra 8 sujetos en porcentaje por edades	121
Cuadro N <sup>o</sup> 3	Información sociodemográfica de los pacientes que recibieron el tratamiento psicoterapéutico.	123
Cuadro N <sup>o</sup> 4	Puntaciones del Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell resultados obtenidos por los pacientes antes y después de recibir el tratamiento psicoterapéutico TCC.	126
Cuadro N <sup>o</sup> 5	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Familiar Pre Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.	129
Cuadro N <sup>o</sup> 6	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Familiar Post Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.	130
Cuadro N <sup>o</sup> 7	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Salud Pre Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	132
Cuadro N <sup>o</sup> 8	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Salud Post Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	133
Cuadro N <sup>o</sup> 9	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Social Pre Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.	135

Cuadro N°10	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Social Post Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.	136
Cuadro N°11	Resultados obtenidos en el Área de adaptación Emocional Pre Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	138
Cuadro N°12	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Emocional Post Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	139
Cuadro N°13	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Profesional Pre Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	141
Cuadro N°14	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación Profesional Post Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	142
Cuadro N°15	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación General (Sub escalas familiar, salud, social, emocional y profesional) Pre Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	144
Cuadro N°16	Resultados obtenidos en el Área de Adaptación General (Sub escala familiar, salud, social, emocional y profesional) Post Test del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	145

Cuadro N°17	Análisis del pre test y post test del Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvet , E. y Cardeñoso, O.	158
Cuadro N°18	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada)	159

### ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°1	Distribución de la población por edad y sexo	122
Gráfica N°2	Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Familiar; del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	131
Gráfica N°3	Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Salud del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	134
Gráfica N°4	Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Social del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	137
Gráfica N°5	Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Emocional del Cuestionario de	140



	Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	
Gráfica N <sup>o</sup> 6	Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Profesional del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	143
Gráfica N <sup>o</sup> 7	Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación General (Sub escala familiar, salud, social, emocional y profesional) del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes	146
Gráfica N <sup>o</sup> 8	Resultados obtenidos en la Frecuencia de Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	147
Gráfica N <sup>o</sup> 9	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada en la Resolución de Problemas de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	148
Gráfica N <sup>o</sup> 10	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 1 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.	149
Gráfica N <sup>o</sup> 11	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 2 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	150

Gráfica N <sup>o</sup> 12	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 3 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	151
Gráfica N <sup>o</sup> 13	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 4 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	152
Gráfica N <sup>o</sup> 14	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 5 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	153
Gráfica N <sup>o</sup> 15	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 6 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	154
Gráfica N <sup>o</sup> 16	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 7 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	156
Gráfica N <sup>o</sup> 17	Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 8 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman	157
Gráfica N <sup>o</sup> 18	Resultados obtenidos de las Medias del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada) en el Pre Test y Post Test	159

Gráfica N <sup>o</sup> 19	Resultados Obtenidos de la Diferencias de Medias del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada) en el Post Test y Pre Test.	161
Gráfica N <sup>o</sup> 20	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Necesidad de Aceptación	163
Gráfica N <sup>o</sup> 21	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Altas Autoexpectativas	164
Gráfica N <sup>o</sup> 22	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Culpabilización	165
Gráfica N <sup>o</sup> 23	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Irresponsabilidad Emocional	166
Gráfica N <sup>o</sup> 24	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Dependencia	167
Gráfica N <sup>o</sup> 25	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Indefensión	168

Gráfica N°26	Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardenoso (Versión abreviada). Idea Irracional; Perfeccionismo	169
--------------	---	-----

## **RESUMEN**

Esta investigación busca modificar los problemas del trastorno de adaptación crónico, por un estresante importante que afecta al individuo y como manejan las emociones los padres, madres y/o cuidadores de los pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas); la conmoción que tiene el diagnóstico en los familiares y las estrategias de afrontamiento, a su vez se implementará una Terapia Cognitiva Conductual de Beck, que desea identificar las creencias irracionales y como estas afectan la situación o los hechos de percibir los acontecimientos. La población seleccionada es un grupo de padres cuyos hijos asisten a la Escuela La Luz y Alegría del IPHE de Los Santos. El diseño es pre-experimental, el cual nos permite trabajar con sólo un grupo al cual se le aplicará el tratamiento de pre-prueba- post- prueba. Mediante el desarrollo de las técnicas de entrevista, observación, así como la aplicación del test de adaptación de Bell me permitirá identificar las distorsiones del pensamiento que los participantes tienen, permitiéndome así aplicar la estrategia adecuada para cada sujeto. Los resultados obtenidos serán presentados al IPHE de Los Santos, a su vez a los padres, madres, y/o cuidadores, para que en el futuro tengan las estrategias necesarias para dicho diagnóstico.

## **SUMMARY**

This research seeks to modify the problems of chronic adjustment disorder, for an important stressor that affects the individual and how emotions are handled by parents, mothers and / or caregivers of patients with cerebral palsy of the Los Santos IPHE (Las Tablas); the shock that the diagnosis has in the relatives and the strategies of coping, in turn will be implemented a Beck Cognitive Behavioral Therapy, which wishes to identify the irrational beliefs and how they affect the situation or the facts of perceiving the events. The selected population is a group of parents whose children attend the La Luz y Alegría School of the Los Santos IPHE. The design is pre-experimental, which allows us to work with only one group to which the pre-test-post-test treatment will be applied. Through the development of interview techniques, observation, as well as the application of the Bell adaptation test, it will allow me to identify the distortions of thought that participants have, allowing me to apply the appropriate strategy for each subject. The results obtained will be presented to the IPHE of Los Santos, in turn to the parents, mothers and / or caregivers, so that in the future they have the necessary strategies for this diagnosis.

## **INTRODUCCIÓN**

## **Introducción**

La parálisis cerebral infantil es una de las secuelas más comunes en caso de daño encefálico de la primera infancia. Se caracteriza por un trastorno motor permanente y estable, es decir, que no tiene un carácter progresivo. Puede presentarse como un déficit motor puro o bien asociado a otros trastornos como convulsiones, o déficits neuropsicológicos específicos. El tipo de déficit motor de la parálisis cerebral (PC) dependerá del sistema afectado. (Rosselli, Matute, & Ardila, 2010, pág. 248).

Las causas pueden ser muy diversas, y entre ellas se encuentran las prenatales (generalmente de origen desconocido), las complicaciones en el nacimiento (como asfixia), el bajo peso al nacer (inferior a 2.500 gramos y sobre todo inferior a 1.500 gramos), la prematuridad, el crecimiento intrauterino retardado, las hemorragias intracraneales, los traumatismos craneoencefálicos, la meningitis bacteriana, la encefalitis vírica y la hiperbilirubinemia (Moraleda Barreno, Romero López, & Cayetano Menéndez, 2013, pág. 120)

Distintos autores diferencian las “crisis del desarrollo o evolutivas” de las “crisis accidentales”. Las primeras son las relacionadas con el pesaje de una etapa de crecimiento a otra: el nacimiento del primer hijo, el comienzo de la escolaridad primaria, la adolescencia, etc. En cuanto a las llamadas crisis circunstanciales o accidentales se caracterizan porque tienen un carácter urgente, imprevisto, inesperado: muerte de algún integrante de la familia, enfermedades, accidentes, etc. La confirmación del diagnóstico de la discapacidad del hijo se encuadraría dentro de estas últimas. Enfrentar esta crisis para la familia representa tanto la oportunidad de crecimiento, madurez y fortalecimiento, como el peligro de trastornos o desviaciones en alguno de sus miembros o a nivel vincular. En este sentido, es un momento decisivo y crítico donde los riesgos son altos y donde el peligro para el surgimiento de trastornos psíquicos y la oportunidad

de fortalecimiento, coexisten. De acuerdo con las palabras de Caplan, podríamos decir que la familia en estos momentos se halla “en una estación de paso, en un sendero que se aleja o se dirige hacia el trastorno”. Cada familia es única y singular y procesará esta crisis de diferentes modos. Tanto su intensidad como la capacidad de superarla varían de una familia a otra. Muchas familias logran reacomodarse ante la situación, mientras que otras quedan detenidas en el camino. Estas últimas son las que llegan al especialista en salud (Nuñez, 2003, pág. 134).

Esta investigación trata de abordar el efecto que tiene la Terapia Cognitiva Conductual de Beck, en las creencias irracionales de los padres, madres y/o cuidadores de pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos. Debido a la falta de estudios que existen en nuestro país, no coexiste información detallada sobre el efecto de la conmoción emocional que tiene un diagnóstico de parálisis cerebral en los familiares; y si dichos padres, madres y/o cuidadores. reciben una terapia adecuada para desarrollar estrategias de afrontamiento que les permita sobre llevar esa experiencia abrumadora. La aceptación de este diagnóstico y la existencia de recursos necesarios; para afrontarlos a nivel familiar, social, económico y el apoyo por parte de los centros de salud.

La terapia cognitiva conductual de Beck, se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos. Desde el comienzo identifica su pensamiento presente, sentimientos de tristeza y su comportamiento. El terapeuta trata de discriminar los factores desencadenantes que influyen en las percepciones del paciente. Especialmente en los que presentan un trastorno de adaptación crónico debido al diagnóstico de parálisis cerebral.



**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEORICO**

## 1. ANTECEDENTES

Armijos, Nathaly (2013), en su tesis del impacto psicológico en padres de familia que tienen que afrontar el nacimiento de un niño (a) con parálisis cerebral. Armijos (2013) afirma:

1. Los padres al nacimiento del niño (a) antes del diagnóstico, se incluyeron las principales reacciones emocionales de los padres donde los datos más relevantes mostraron que ellos sintieron mucha felicidad, alegría, así como entusiasmo al recibir la llegada de su hijo.
2. La relación de los padres antes del diagnóstico del niño (a) nos indica que la mayoría mantenían una relación buena, estable y por propia referencia de los padres comprensiva. Solo dos casos donde antes del diagnóstico era inestable y sin preocupación por parte de uno de los esposos.
3. La relación de las parejas apenas conocieron la enfermedad del niño (a) se dividió en reacciones favorables y reacciones desfavorables; en la reacción de parejas favorables existió mucha más comprensión y unión y la reacción de parejas desfavorables están los reclamos constantes a la pareja, poco apoyo, culpa al esposo (a), agresiones físicas, ausencia del padre por varios días, comportamiento extraño, descarga de ira, así como alejamiento del padre en uno de los casos por temor hacerle daño al niño.
4. Se abordó el tema del conocimiento de los padres sobre la enfermedad al recibir el diagnóstico del niño (a). Nada absolutamente nada, yo había escuchado antes esa enfermedad, pero no sabía de qué se trataba, ni menos como se presentaba en los niños.
5. El impacto psicológico en los padres de familia que afrontan el nacimiento de un hijo (a) con parálisis cerebral las reacciones emocionales ante el diagnóstico fueron tristeza, llanto intenso, desesperación, desilusión, angustia, desmoralización, desconsuelo y ansiedad.

6. Los sentimientos de los padres ante el diagnóstico de la enfermedad del niño (a) se evidencio el enojo, vacío, la culpa, incredulidad, el sufrimiento intenso, la intranquilidad permanente, la esperanza del que el diagnostico cambie, deseo de ser los padres, quienes sufran la enfermedad, y el temor se presenta en alta frecuencia, mientras tanto en menor grado los padres refirieron haber tenido fortaleza en sí mismo y haber encontrado valor en ese momento.
7. Mientras tanto las principales reacciones de los padres ante el diagnostico de niño (a) fueron pedir ayuda médica, buscar culpables, reclamos a Dios, no aceptar la realidad, en menor frecuencia no saber qué hacer y en uno de los casos despreocupación del resto de los hijos.
8. Las principales acciones tomadas para afrontar la situación fueron la búsqueda de ayuda médica, la búsqueda de información de los padres con hijos que presentan la misma situación y en menor proporción la búsqueda de ayuda psicológica. (pág. 49).

Romero y Celli (2006), en su estudio Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral, conformado por 50 madres y de tipo descriptivo los resultados nos proporcionan la descripción de las emociones, cogniciones y conductas que ellas utilizan para sobrellevar la situación. Romero (2006) afirma:

1. En relación a la variable actitud los resultados permiten afirmar que en todas las dimensiones que la componen el promedio obtenido se encuentra cerca del límite superior determinando una percepción favorable de las madres con respecto a su hijo, observando con mayor influencia en ello al componente conductual.
2. En el componente afectivo este es el componente que contribuye en menor grado en la actitud de las madres, más no por ello posee una influencia negativa sobre la variable. Las

respuestas de las madres a las afirmaciones son favorables, especialmente en aquellas donde se utilizan términos positivos tales como: optimismo, felicidad, tranquilidad, alegría, compañía. En esta subescala se evidencia que las madres en su mayoría se manifiestan optimistas, ilusionadas y esperanzadas con la evolución de su hijo y con la ayuda que reciben de los especialistas. Por otro lado, las madres también expresaron ansiedad y estrés.

3. En relación al componente cognitivo se encontraron respuestas favorables en su gran mayoría lo que indica que un gran número de madres afirma conocer varios aspectos acerca de la parálisis cerebral. Las expresiones pueden ser producto de la atención temprana que estas madres han recibido y continúan en proceso, en donde se les informa del cuidado y atención de su hijo.
4. El componente conductual es el mayor aporte del estudio con respecto a la variable actitud. Las respuestas permiten afirmar de las madres se sienten activas en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida de sus hijos con parálisis cerebral, integrándose a las actividades de estimulación y haciéndolas parte de su rutina diaria. (pág. 5).

Lambrenos, Weindling, Calm, & Cox (1996) en su estudio El efecto de la discapacidad de un niño en la salud mental de la madre; conformado por 96 madres con niños: 30 recién nacidos prematuros de riesgo con riesgo de desarrollar parálisis cerebral, 35 bebés prematuros considerados no en riesgo de desarrollar parálisis cerebral; 31 bebés sanos a término. Lambrenos et al. (1996) afirma:

1. Hubo niveles igualmente altos de depresión en los tres grupos de madres, independientemente de su estado de nacimiento, predicción de discapacidad o presencia de discapacidad real, durante el primer año de vida de los niños.

2. Se encontraron madres deprimidas, al tener significativamente más estrés psicosocial.
3. Una intervención temprana de fisioterapia no tuvo ningún efecto sobre la prevalencia de la depresión en las madres cuyos hijos estaban en riesgo de desarrollar parálisis cerebral.
4. Los altos niveles de desventaja psicosocial se asociaron con la depresión en todos los grupos y en todo momento de la evaluación.
5. A las 6 semanas, la experiencia de un parto prematuro y llevar al niño a casa a condiciones adversas de vivienda se asociaron con la depresión. A los 6 meses, la depresión se encontró en las madres que experimentan una falta de apoyo de familiares y amigos y la falta de dinero del desempleo. A los 12 meses, la falta de apoyo paterno se convirtió en un factor destacado. (Lambrenos, Weindling, Calam, & Cox, 1996).

Martins Ribeiro, Lima Soussa, Vanderberghe, & Porto (2014), en su estudio Estrés familiar en madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral; de tipo transversal y descriptivo con 223 madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral nos muestra que el estrés familiar sufre variaciones dependiendo del nivel de comprometimiento motor de las fases de la vida en que los hijos se encuentran. Martins et al. (2014) en su estudio nos indica:

1. El 45,3% de las madres presentaron altos niveles de estrés; existen diferencias en el estrés entre las madres de hijos con leve y grave comprometimiento motor.
2. Las madres de niños mayores estaban más estresadas que las madres de niños menores y de adolescentes.
3. El trabajo remunerado y el tiempo libre redujeron el estrés. (p.443).

Fernández –Alcantara et, al. (2013), en su estudio Experiencias y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil: estudio cualitativo participaron 16 padres y madres con niños con parálisis cerebral infantil nos muestra que la recepción de la noticia es percibida con

un acontecimiento inesperado que obliga a reestructurar las expectativas con respecto a su hijo.

Fernández-Alcantara et al. (2013) afirma:

1. La noticia de que su hijo ha nacido con algún problema resulta imprevista, alterando las expectativas que los padres tienen sobre su hijo, especialmente cuando se trata del primero. Los padres señalan la falta de información con que cuentan por parte del personal sanitario, así como su propia dificultad para asimilarla.
2. Modos de relación, preocupaciones y expectativas con respecto a los hijos. Las relaciones que establecen las madres y los padres con estos niños pueden ser igual a la de otros padres, o estar mediadas por la gran cantidad de cuidado y tiempo que necesitan muchos de ellos. Se requiere un tiempo hasta que los padres pueden adaptarse al niño y a su particularidad.
3. Cambios en diferentes aspectos de la vida de los padres. Tras el nacimiento de un hijo diagnosticado con PCI son muchas las áreas donde se producen cambios notables para los padres. Se trata de situaciones que requieren una gran dedicación de tiempo y de esfuerzo físico, lo que afecta a diferentes aspectos de la salud de los padres. En las madres son frecuentes los dolores de espalda, debido al tiempo que pasan con el niño trasladándolo de un sitio a otro.
4. A nivel emocional estos padres hablan sobre sentimientos de ansiedad y nerviosismo, relacionados con la incertidumbre en la que viven. La experiencia del parto es vivida en muchas ocasiones como un evento traumático que tiene una gran dificultad para procesarse. Algunas madres señalan la importancia que ha tenido para ellas el apoyo familiar, así como el apoyo por parte de profesionales de la psicología,

5. Otras áreas que se ven afectadas son el tiempo, la situación económica y laboral, así como las relaciones de pareja.
  6. En el ámbito laboral se producen modificaciones que dependen mucho de la situación de la pareja. En ocasiones la madre deja de trabajar para dedicarse de manera exclusiva al niño, o reduce su jornada de trabajo.
  7. Los padres y madres también señalan la importancia del trabajo como un mecanismo de afrontamiento que les permite encontrar otros espacios por fuera de la relación con su hijo.
- (pág. 3).

## ASPECTOS TEÓRICOS

### 2.1 Adaptación aspecto básico

El concepto de adaptación es el estado en el que el sujeto establece una relación de equilibrio y carente de conflictos con su ambiente social. (Psicoactiva, 2018).

Según la perspectiva Pichoniana sobre la concepción de salud y enfermedad es necesario saber que existen concepciones particulares vinculadas a ellas y de su capacidad activa que nosotros le imprimimos (con capacidad de transformación) en todo el mundo. Desde la Teoría del Vínculo, no puede entenderse la emergencia de la enfermedad mental como un hecho aislado, sino como resultado del interjuego de múltiples factores (biológicos, psicológicos y sociales). El criterio que permite establecer si la conducta del sujeto es normal o patológica está relacionada con un sistema de representaciones y con una infraestructura de relaciones sociales de producción. Pichon "Propone, como parámetro indicador de salud la capacidad de desarrollar una actividad transformadora, un aprendizaje. Salud es, para Enrique Pichon Rivière la "adaptación activa a la realidad" (Wikipedia, La Enciclopedia Libre, 2018). Según su concepción: "el sujeto está "activamente adaptado" en la medida que mantiene un interjuego dialéctico con el medio y no una relación rígida, pasiva, estereotipada" (enfermedad).

*“La relación vincular del sujeto con el mundo en Pichon es estructurante del sujeto mismo, así, el fundamento motivacional del vínculo se encuentra en la necesidad, la cual se satisface mediatizada por los otros sujetos; por lo tanto, las fuentes de gratificación están fuera de él”* (Wikipedia, La Enciclopedia Libre, 2018). En esta exploración de la gratificación se da la introyección de la estructura vincular, que se va formando con el medio interno del sujeto, lo que condiciona la forma en que aprende la realidad. Las conductas del sujeto se modifican a partir de sus propias experiencias aprendidas, en cada experiencia hay un aprendizaje, "aprendemos a



aprender", aprendemos a organizar y significar nuestras experiencias, pensamientos, sentimientos, construyendo hábitos de aprendizaje. Para el autor, el aprendizaje es una situación de cambio como resultado de una interacción con el otro, es un proceso de apropiación instrumental de la realidad para transformarla (Wikipedia, La Enciclopedia Libre, 2018).

*“A estas capacidades de establecimiento de vínculos, apropiación, y /o transformación de realidad el autor las condensa en la categoría genérica de adaptación, la cual se relaciona directamente con los criterios de salud y/o enfermedad de la concepción Pichoniana”*

(Wikipedia, La Enciclopedia Libre, 2018).

El autor diferencia dos tipos de adaptación, un proceso de adaptación activa (salud) y un proceso de adaptación pasiva (enfermedad) a la realidad, proceso este último también designado como alienación. La adaptación es la adecuación o coherencia de la respuesta a las exigencias del medio, implica una lectura de la realidad con capacidad de evaluación y propuestas de cambio.

## **2.2 Adaptación Pasiva y Adaptación Activa**

Adaptación pasiva. Pichon Rivière destaca la confusión que suele hacerse al homologar adaptación pasiva con curación. Por ejemplo

"En la práctica psiquiátrica, es frecuente observar que muchos pacientes son dados de alta tomando como índice de curación el hecho de que comen bien, se visten correctamente, etc., es decir presentan una conducta aparentemente “normal”, han llegado a construir un estereotipo con el cual se manejan en forma casi automática en su vida cotidiana. En este estereotipo, el médico, la familia y los allegados se integran como contexto. El sujeto puede comer, puede dormir, etc., pero no se dan en él modificaciones profundas, ni tampoco actúa como un agente modificador de su medio. Se convierte así en el líder alienizante de toda una estructura, merced a la situación de impostura grupal en la que impera la mala fe.

### 2.2.1 Adaptación activa

"El concepto de adaptación activa que proponemos es un concepto dialéctico en el sentido de que en tanto el sujeto se transforma, modifica al medio, y al modificar el medio se modifica a sí mismo. Entonces, se configura una espiral permanente, por el cual un enfermo que está en tratamiento y mejora opera simultáneamente en todo el círculo familiar, modificando estructuras en ese medio (produciendo una desalienación progresiva del intra y del extra grupo)".

Establece una fuerte vinculación entre adaptación activa y aprendizaje, definiendo a este último como adaptación activa a la realidad. En efecto, la adaptación activa a la realidad y el aprendizaje están indisolublemente ligados. "El sujeto sano, en la medida en que aprehende el objeto y lo transforma, es decir, que hace ese aprendizaje operativo, se modifica también a sí mismo entrando en un interjuego dialéctico con el mundo en el que la síntesis que resuelve una situación dialéctica se transforma en el punto inicial o tesis de una antinomia que deberá ser resuelta en ese continuo proceso en espiral".

La familia es el grupo primario donde comienza este proceso. Como indica Pichon Rivière, *"la tarea del grupo familiar es la socialización del sujeto, proveyéndole de un marco y basamento adecuados para lograr una adaptación activa a la realidad en la que se modifica él y modifica al medio, en un permanente interjuego dialéctico"* (Wikipedia, La Enciclopedia Libre, 2018).

**2.2 El concepto de adaptación:** durante los años que siguieron a la primera guerra mundial los trabajos de J. B. Watson produjeron una considerable influencia en el desarrollo de la moderna Psicología. Como es sabido, Watson explicó la conducta humana desde un ángulo muy mecanicista. El término "adaptación" comenzó en esta época a utilizarse cada vez con más frecuencia. L Shaffer, al publicar en 1936 su obra "La Psicología de la Adaptación" acabó de

consagrar definitivamente el término. Shaffer define la adaptación como "el proceso biológico mediante el cual los organismos consiguen ajustarse a su medio". Poco después en 1941, G. W. Allport, incluye en su definición de personalidad este término al que da un matiz; no solamente funcional, sino también evolucionista para Allport, personalidad es "La organización dinámica en el individuo de los sistemas Psicofísicos que determinan sus peculiares adaptaciones a su medio ambiente". Entre nosotros, B. García Hoz define la adaptación como "la auto-regulación de un organismo para responder de un modo positivo a la situación ambiental en que se encuentra". (Bell, 2011)

## **2.3 Definición e historia del trastorno de adaptación**

**2.3.1 Trastorno de adaptación**, según el DSM V, la característica esencial al trastorno es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables, que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante. El estresante puede ser un acontecimiento simple (por ejemplo, la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (por ejemplo, dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes (por ejemplo, asociado a crisis estacionales en los negocios) o continuos (por ejemplo, vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (por ejemplo, como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (por ejemplo, ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse. (American Psychiatric Association, 2002).

El CIE 10 Trastornos tales y del comportamiento el trastorno adaptativo; se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante. Las manifestaciones clínicas de trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, planificar el futuro o poder continuar en la situación presente y en cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. (Organización Mundial de la Salud CIE-10, 1992).

#### **2.4 Manifestaciones del trastorno adaptación**

Según el DSM-V existen criterios que permiten determinar el trastorno.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de adaptación

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
  - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.

2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  3. Otro trastorno relacionado con traumas especificado.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- D. Los síntomas no representan el duelo normal.
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

Especificar si:

- Agudo: La alteración dura menos de 6 meses.
- Crónica: Si la alteración dura 6 meses o más. (DSM-5 Actualizado, 2016)

Según el CIE-10, las pautas para el diagnóstico.

El diagnóstico depende de la evaluación cuidadosa de las relaciones entre:

La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.

Los antecedentes y la personalidad.

El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

La presencia de este último factor debe ser clara, y debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin la presencia de ellos. Si el agente estresante es relativamente poco importante o si no puede ser demostrada una relación temporal (menos de tres meses), el trastorno debe ser clasificado en otra parte, de acuerdo con sus manifestaciones clínicas.

Incluye: “Shock cultural”

Reacciones de duelo

Hospitalismo en niños.

Excluye: Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (F93.0). (Organización Mundial de la Salud CIE-10, 1992)

## **2.5 La Etiología del Trastorno Adaptativo**

El estrés se ha descrito como el agente etiológico en el trastorno adaptativo. No obstante, existen diversas variables y modificadores que determinan quien padecerá un trastorno adaptativo tras un acontecimiento estresante. Se puede afirmar que:

El estrés agudo es diferente al crónico tanto psicológica como fisiológicamente;

El significado del estrés está mediatizado por los “modificadores” (fuerza del yo, sistemas de apoyo, superación de experiencias pasadas);

Hay que diferenciar entre el significado manifiesto y latente de los agentes estresantes (por ejemplo, la pérdida de un trabajo puede ser un alivio o una catástrofe)

Un elemento estresante objetivamente devastador puede causar poco impacto en un individuo, mientras que uno pequeño puede ser sentido por otra persona como cataclismo. Un acontecimiento estresante menor que sea resiente superpuesto a un elemento estresante mayor subyacente que no ha tenido efectos observables por sí solo, puede tener un impacto significativo al sumarse ambos (encadenamiento de acontecimientos)

## **2.6 Definición de Estrés**

Las aceptaciones e investigaciones de estrés han sido en tres direcciones fundamentales, conformando los tres grandes enfoques en el estudio del estrés (Grau Abalo, Martín Carbonell, & Portero Cabrera, 1993):

1. El estrés como respuesta psicobiológica del organismo, en el cual están enmarcadas desde las concepciones tradicionales de Selye, hasta las concepciones y resultados Psiconeuroinmunología contemporánea.

2. El estrés como estímulo, visto como un agente o acontecimiento vital. Este enfoque ha dado lugar a la teoría de los eventos vitales y resalta, en su forma más pura, el carácter agresivo de la situación estresante, así como el papel de los factores sociales en el estrés y particularmente, del apoyo social como “amortiguador” o modulador.

3. El estrés como un proceso de transacción entre el individuo y el medio, mediado por diferentes variables de carácter cognitivo-conductual y personal. En este tercer enfoque caben los trabajos de Lazarus y los actuales modelos transaccionales que resaltan el papel de los moduladores psicosociales, entre los que se destaca el afrontamiento. (González, 2007, pág. 220)

### **2.6.1 La concepción del estrés como respuesta psicobiológica**

De acuerdo con Labrador (1995) citado por González (2007), fue precisamente Selye, quien género, inicialmente, un modelo biológico de estrés consiste en un importante aumento de activación fisiológica y cognitiva, así como en la preparación del organismo para una intensa actividad motora. Estas respuestas fisiológicas favorecen una mejora en la percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, una mejor búsqueda de soluciones y selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación estresora, y preparan al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosas ante las posibles exigencias de la situación. La sobreactivación a estos tres niveles (fisiológico, cognitivo y motor) es eficaz hasta cierto límite, pero superado este tiene un efecto más bien desorganizador del comportamiento; en especial, cuando a pesar de esa sobreactivación, no se encuentra la conducta adecuada para hacer frente a la situación. (pág. 220)

Selye describe el estrés como un sistema de fases. El identifico tres fases en la respuesta fisiológica al estrés: 1) Fase de alarma, 2) fase de resistencia y, 3) fase de agotamiento. El organismo se alerta (reacción de alarma), se desencadena la actividad autónoma (etapa de resistencia) y si esta actividad dura demasiado, se produce el daño y ocurre el colapso (fase de agotamiento). (González, 2007).

### **2.6.2 La concepción del estrés como estímulos ambientales**

Aunque hoy en día está claro que la condición estresora de un evento depende de muchos factores, esencialmente relacionados con la percepción y otros procesos cognitivos, por los cuales ellos adquieren carácter amenazante o desafiante, siempre es bueno analizar cuáles son las características que comparten las situaciones habitualmente consideradas como estresantes. Es este sentido, la investigación ha girado en torno a dos ejes fundamentales: acontecimiento “negativo- positivo”, y “excepcionales-cotidianos”.

Se ha señalado que tan estresante pueden ser los eventos positivos o percibido como agradables, como los aversivos o amenazantes, ya que ambos producen un cambio al que la persona debe adaptarse.

Parece ser, sin embargo, que los efectos de ambas situaciones no son los mismos. Suls y Mullen (1981) cita en González (2007), “han demostrado que no hay relación entre los acontecimientos estresantes y trastornos psicofisiológicos, pero si entre estos y los acontecimientos aversivos”. Kanner y cols (1981) citado en González (2007), “achacan los efectos negativos de las situaciones de estrés en el organismo más que a sus características de novedad, a las de indeseabilidad”.

Pero no todas las respuestas de estrés se producen como consecuencia de acontecimientos excepcionales, pequeñas molestias y contrariedades de la vida cotidiana pueden desencadenar en



estrés: dolores de cabeza vespertino, alto volumen de la televisión de los vecinos, dificultades diarias para trasladarse al trabajo, no comer de forma relajada, pueden provocar respuesta de estrés y efectos negativos, psicológicos y biológicos, más importantes que los acontecimientos estresantes extraordinarios. (González, 2007, pág. 226)

Las situaciones de tensión crónica mantenida, como una enfermedad prolongada, un clima laboral inadecuado o una situación duradera de déficit económico (desempleo), reúnen las características de las dos anteriores: son intensos, importantes además duraderos y repetitivos.

La teoría de los eventos vitales ha ido decayendo al irse conociendo todos los resultados que cuestionan la propia esencia de estimar el estrés rígidamente a partir de los estresores vitales.

La anticipación del estímulo determinará en cierta medida la percepción del grado de control sobre las adaptaciones necesarias para el mantenimiento de las relaciones con el medio; el grado de control sobre el posible cambio o las repercusiones del mismo condicionan el papel modulador de la contrabilidad ante las situaciones estresoras; a mayor contrabilidad, menor impacto estresante. (González, 2007, pág. 227)

### **2.6.3 Los modelos transaccionales que conciben al estrés como un proceso**

La forma en que el individuo interpreta una situación específica y decide enfrentarse a ella determinada, en gran medida el que dicha situación se convierta en estresante. En otras palabras, las cogniciones constituyen un importante medidor entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés.

Es por esto que nuestra investigación trata de abordar la valoración que los padres, madres y/o cuidadores de niños con parálisis cerebral le dan al impacto emocional y psicológico al enterarse del diagnóstico de la enfermedad de sus hijos. Ese conjunto de emociones que los sobre lleva a diversas situaciones que en un momento determinado los afecta emocionalmente a nivel

psicológico, de su salud propiamente dicho y como salir de ese abismo donde lo que se vislumbra es la preocupación, miedo, estrés, ansiedad, zozobra, etc. Todo esto a raíz de no saber cómo ser capaces de sobrellevar la situación o acontecimiento que afecta su vida.

Los conceptos básicos en el modelo transaccional propuesto inicialmente por Lazarus, son los de evaluación (preferimos llamarlo valoración) y afrontamiento. (González, 2007, pág. 227)

Lazarus y Folkman (1984) citado por González (2007) entiende por valoración al proceso que determina las consecuencias de un acontecimiento dado provoca a un individuo. Mediante este proceso, la persona evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en la forma de actuar, no en función de cómo es la situación en sí, sino en función de cómo el la valora. Tal evaluación implica ya un procesamiento controlado (que puede hacerse consciente) de la información que viene del medio exterior e interno.

#### **2.6.3.1 Tipos de valoración estresantes**

##### **Valoración Primaria.**

Lazarus y Folkman (1984) citado por González (2007) distinguen tres tipos de valoración del medio y sus demandas:

- Ψ *Situación irrelevante*, cuando las demandas del entorno no conllevan implicaciones para la persona. No le da importancia al suceso.
- Ψ *Situación benigna-positiva*, cuando se evalúan las demandas del medio como favorables para lograr o mantener el bienestar personal. No se producen reacciones de estrés, el sujeto percibe la situación como positiva, favoreciendo la obtención de sus objetivos y

Ψ *Situación estresante*, exige la movilización de recursos para hacerle frente, si no quiere perder el equilibrio y su bienestar. No es negativa en sí misma, pero requiere un esfuerzo adaptativo. (pág. 227). Dicha situación estresante puede implicar:

Una amenaza para el sujeto: anticipa el posible daño o peligro antes que pueda ocurrir y pueda solucionarse o afrontarse anticipadamente

Una pérdida o daño: consideración del daño a la estima, la salud, la familia, las relaciones sociales, etc. que ya ocurrió.

Un desafío: exige la valoración de que, aunque haya dificultades, también está la posibilidad de obtener una ganancia, de lograr un objetivo, debido a lo cual el sujeto piensa que puede manejar al estresor satisfactoriamente, si moviliza los recursos necesarios. Esto hace que la situación de desafío conlleve, generalmente, emociones placenteras (impaciencia, regocijo), mientras la amenaza, suele ir acompañada de emociones como miedo, ansiedad, hostilidad.

Lo importante de la valoración primaria está en la preponderación que establece el sujeto entre lo que estima que está en juego en la situación y el valor que acredita a lo que puede llegar a lograr o perder.

### **La valoración secundaria,**

Es el proceso de elaboración mental de una respuesta a la amenaza potencial, valoración dirigida a determinar qué puede hacerse frente al acontecimiento, para luego ejecutar esa respuesta (afrontamiento). El resultado de esta valoración secundaria está determinado por la valoración primaria, pues el hecho que la persona piense que puede controlar o no una situación de estrés, depende directamente de las demandas percibidas en esta situación. Pero también está muy determinada por las conductas o habilidades para afrontar las situaciones de las que disponga la persona. El resultado de esta evaluación secundaria determina las conductas y

respuestas emocionales consecuentes. En otras palabras, la percepción de controlabilidad determinará, en gran medida, el carácter de las respuestas ulteriores: mucha gente, por ejemplo, tiene miedo a tomar un avión, a pesar de que conocen que las estadísticas de riesgo de accidente son mucho menores que en automóvil, pero en caso de trasportación aérea poco o nada podrían hacer para evitar el accidente o disminuir sus efectos.

En resumen, la evaluación primaria y secundaria convergen para determinar si la interacción entre una persona y su situación debe considerarse como significativa para su bienestar, si es básicamente amenazantes (posibilidad de daño/perdida) o de desafío (posibilidad de controlarla y beneficiarse de ella).

### **2.6.3.2 Tipos de Respuesta**

Para Lazarus y Folkman (1986) citado por Alcoser (2012) la valoración primaria y la secundaria son interdependientes, dando lugar a tres tipos de respuesta frente a ellas:

- ☛ Respuesta Fisiológica: reacción neuro-endócrina y/o asociada al sistema nervioso autónomo.
- ☛ Respuesta Emocional: sensación de malestar, temor, depresión, etc.
- ☛ Respuesta Cognitiva: preocupación, pérdida de control, negación, etc.

Al igual que la evaluación, el afrontamiento es el otro concepto central de esta teoría, considerándose como la suma de cogniciones y conductas que una persona emplea con el fin de valorar los estresores, reducir su condición estresora y modificar el componente emocional que acompaña a la experiencia del estrés (pág. 11).

El percibir una situación como amenazante o desafiante es determinante para el tipo de respuesta de la persona y, en definitiva, para el grado de estrés que se genere. Además, pueden producir respuestas de activación bien diferentes, que tendrán consecuencias muy distintas sobre

la salud, a mediano y largo plazo. En muchas ocasiones, la evaluación de las demandas del medio no es clara, y pueden mezclarse estos tipos. En esto intervienen muchos factores, como la historia personal, los aprendizajes y las experiencias anteriores que pueden determinar esta valoración y también las respuestas del organismo.

#### **2.6.4 La teoría de Estrés y Emoción**

Según el modelo de Lazarus (2000) se basa en como los seres humanos le otorgamos una valoración a todas nuestras emociones, y como afecta nuestro bienestar psicológico lo cual se traduce en un manejo o proceso adecuado.

La mente también funciona por medio de estructuras y procesos y deben ser inferidos a través del funcionamiento humano e infrahumano, es decir, que hacen y las condiciones que les afectan. En este sentido, los hábitos y los estilos de acción son estructuras porque tras haber sido adquiridos mediante el aprendizaje, permanecen más o menos estables a lo largo del tiempo y algunas de ellas permanecen durante toda nuestra vida. Los patrones de los objetivos y sistema de creencias, aprendidos durante los primeros años de vida, también constituyen estructuras son relativamente estable a lo largo del tiempo. Junto con las condiciones ambientales, influyen sobre nuestras decisiones y modelan nuestros pensamientos, emociones y acciones que son procesos que sirven para la adaptación (pág. 28).

La valoración y el manejo que son los constructos teóricos del estrés y la emoción son sensibles a las condiciones ambientales y varían con la personalidad. El estrés se relaciona con las insatisfacciones de la vida que deseamos mejorar y las emociones vienen y van con rapidez en la medida en que se producen cambios en el entorno. (Lazarus, Estrés y emoción. Manejo e implicación en nuestra salud, 2000, pág. 29)

## 2.7 Procesos de afrontamiento

Según Lazarus y Folkman (1986), citado por González, 2007(s.f.), definen el afrontamiento como *"aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"* (pág. 235).

Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Esta consideración de afrontamiento implica que:

El afrontamiento puede ser adaptativo o no en función de los factores que intervengan en el proceso.

El afrontamiento es una aproximación orientada al contexto y estrategias son más estables que otras.

Existen al menos dos funciones principales del afrontamiento, una centrada en el problema y otra en la emoción.

El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación. (González, 2007, pág. 236).

En tanto que proceso, Lazarus y Folkman (1986), citado por González (2007) (s.f.), enfatizan que para la evaluación del afrontamiento debe:

- 1) Hacer referencia a sentimientos, pensamientos y actos específicos y no a los informes de lo que el individuo podría o querría hacer,
- 2) Ser examinado en un contexto específico, y

3) Ser en diferentes períodos de tiempo, de modo que puedan observarse los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencias de los cambios en las demandas y evaluaciones del entorno.

Las investigaciones han tratado de encontrar tipologías de afrontamiento generales y específicas, ante el debut de las enfermedades. Las estrategias pueden agruparse en dos categorías generales, de acuerdo a Lazarus: 1) dirigidas hacer frente a la situación y resolverlas (centradas en el problema) o, 2) enfocadas a controlar las respuestas emocionales asociadas a la situación de estrés (centradas en la regulación emocional).

Según Friedman y Di Matteo (1989), citado por González (2007), se han estudiado los tipos de afrontamiento ante el debut de las enfermedades, que corrientemente se clasifican como: 1) negación, 2) búsqueda de información, 3) búsqueda de apoyo, 4) resolución de problemas concretos, 5) preparación para alternativas futuras, y, 6) búsqueda de un significado para la enfermedad. Estos afrontamientos han sido descritos sobre el supuesto de que la aparición de una enfermedad, más o menos seria, constituye una situación vital estresora para el sujeto, que les obliga a procesos adaptativos (pág. 232). Según conocidos autores dedicados al estudio de los afrontamientos en enfermedades crónicas Friedman y Di Matteo, (1989); Taylor (1993), citado por González (2007), los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos son: 1) Diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, 2) Nivel intelectual y cultural, 3) Características personales (resistencia personal o “hardiness, autoestima), 4) Características propias de la enfermedad y su valoración social y, 5) el apoyo social (pág. 232).

Según Grau y Martín (1994) citado por González (2007), Por ejemplo, tener la suficiente flexibilidad para escoger diversas alternativas de afrontamiento y un amplio repertorio de

estrategias de afrontamiento, resulta positivo ya que incrementa las posibilidades de éxito adaptativo (pág. 232).

Los estudios de Taylor (1993), citado por González (2007), muestran que las personas con mayor nivel intelectual y cultural general, tienen mejor adaptación a las enfermedades y el dolor. De acuerdo con Martín (2002) citado por González (2007), “nos dice que algunas características personales, como la resistencia al estrés y una buena autoestima, también se asocian con éxito de afrontamiento” (pág. 232).

Por otra parte, las exigencias, amenazas y limitaciones que imponen las enfermedades, así como las creencias que tiene la población con respecto a las mismas, tienen influencia en la eficacia del afrontamiento. Según Martín (2002), citado por González (2007), Por ejemplo, resulta más difícil afrontar exitosamente las enfermedades que implican importantes cambios en el estilo de vida, que provocan deformidades y afectaciones de la imagen corporal, mutilaciones o amenaza serias a la supervivencia. También, las que cursan con altos niveles de dolor y discapacidad.

Según Shumaker y Bronwell (1984), citado por González (2007), un factor de gran importancia es el apoyo que las personas reciben de su familia, de sus amistades y del personal de salud. Las investigaciones son consistentes en reportar que las personas con alto niveles de apoyo tienen mejor pronóstico, menos síntomas, etc. (pág. 232).

Según Casullo y Fernández Liporace (2001), citado por Alcoser Villacis (2012), en relación a las estrategias de afrontamiento, su definición conceptual ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas. Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de



respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera.

Según Lazarus y Folkman propusieron ocho estrategias de afrontamiento. Expuestas en su instrumento de medición Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus.

**1. Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

**2. Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

**3. Aceptación de la responsabilidad:** indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

**4. Distanciamiento:** Implica los esfuerzos que realiza la persona por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.

**5. Autocontrol:** Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

**6. Re evaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

**7. Escape o evitación:** A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

**8. Búsqueda de apoyo social:** Supone los esfuerzos que el sujeto realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas.

## 2.8 Creencias Irracionales

La naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas nos referimos al trastorno psicológico como ya ha quedado expuesto, deriva de las creencias irracionales. Una creencia irracional se caracteriza por seguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1989), propone que las tres principales creencias irracionales son:

- Ψ *Referente a la meta de aprobación/afecto.* “Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mi”
- Ψ *Referente a la meta de éxito/competencia o habilidad personal.* “Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos”
- Ψ *Referente a la meta de bienestar.* “Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ellos.

Estas experiencias entrecomilladas serian representaciones- modelo de las tres principales creencias irracionales que hacen **vulnerable** a las personas a padecer *trastorno emocional* en los aspectos implicados en metas (Ruíz Sánchez & Cano Sánchez, 1992).

Hay tres creencias irracionales derivadas de las primeras (*creencias secundarias*), que a veces son primarias que constituirán el segundo eslabón cognitivo del “procesamiento irracional de la información”

1. *Referente al valor aversivo de la situación*: TREMENDISMO “Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece”

2. *Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable*: INSOPORTABILIDAD “No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca”.

3. *Referente a la valoración de sí mismo y otros a partir del acontecimiento*: CONDENA. “Soy/Es/Son...un x negativo (por ejemplo, inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido” (Ruíz Sánchez & Cano Sánchez, 1992).

En tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las DISTORSIONES COGNITIVAS o errores inferenciales del pensamiento y que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales. (Ruíz Sánchez & Cano Sánchez, 1992, pág. 13)

La salud psicológica, por su parte estaría ligada a las creencias racionales, Ellis (1989), es el único que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. Lo que determina si la emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias. (Ruíz Sánchez & Cano Sánchez, 1992).

Emociones	-Versus-	Emociones
Inapropiadas		Apropiadas

Ellis (1989), citado por Ruíz & Cano (1992), La adquisición y mantenimiento de los trastornos psicológicos la diferencia entre adquisición de las creencias irracionales y el

mantenimiento de las mismas. Con el termino adquisición hace referencia a los factores que facilitan su aparición en la vida del sujeto. Estos serían:

1.Tendencia innata de los humanos a la irracionalidad: los seres humanos tienen en sus cerebros sectores precorticales producto de su evolución como especie que facilitan la aparición de tendencias irracionales en su conducta.

2.Historia de aprendizaje: los seres humanos sobre todo en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de los modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales. También se destaca en este punto que una persona puede haber aprendido creencias y conductas racionales que le hacen tener una actitud preferencial o de deseo ante determinados objetivos, pero debido a su tendencia innatas puede convertirse en creencias irracionales o exigencias.

De otro lado con el termino mantenimiento Ellis (1989), citado por Ruíz & Cano (1992), se refiere a los factores que explican la permanencia de las creencias irracionales una vez adquiridas. Se destacan tres factores:

1. Baja tolerancia a la frustración: la persona, siguiendo sus exigencias de bienestar, practica un hedonismo a corto plazo (“Tengo que estar bien ya”) que le hacen no esforzarse por cambiar (“Debería ser más fácil”).

2. Mecanismo de defensa psicológicos: derivados de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar.

3. Síntomas secundarios: derivados también de la baja tolerancia a la frustración y de la intolerancia al malestar. Constituyen problemas secundarios y consisten en “**Estar perturbados por la perturbación**” (por ejemplo, ansiedad por estar ansioso: Estoy ansioso y no debería estarlo”). En resumen se destaca el papel de la baja tolerancia a la frustración derivado

de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato. (Ruíz Sánchez & Cano Sánchez, 1992)

## **2.9 Factor estresante en los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral.**

El nacimiento de un hijo llena la vida de ilusiones, esperanza y emociones; como hacer cuando tus sueños se enfrentan a otra realidad para la cual no estás preparado y te sobreviene una sombra que no sabes cómo afrontar o si estas realmente preparado para esa conmoción que surge en tu mente. Un niño con parálisis cerebral representa un giro abrupto e impactante debido al anhelo de un hijo sano formado en la mente, no es una realidad fácil de aceptar. Como afecta el diagnóstico de parálisis cerebral a los padres, madres y/o cuidadores, como hacerles frente a esas emociones que están sintiendo y que les resulta difícil de manejar y expresar.

¿Qué sucede el día que se les informa que el hijo tiene una discapacidad? Una madre relata que no fue capaz de entender que el médico les estaba hablando de su propio hijo. Estaba demasiado aturdida para asimilar la información que el médico le estaba dando en ese momento. Esto prueba lo importante que es ofrecer servicios complementarios e imprescindibles para determinar el pronóstico. Por una parte, ofrecer a los padres toda la información que necesiten para alcanzar lo antes posible una visión objetiva de la deficiencia que presenta su hijo, buscando el momento adecuado para darla y repitiéndola en diferentes oportunidades y formas. Por otra parte, no es suficiente la información, sino que es preciso un asesoramiento en cuanto al qué hacer para mejorar y atender al niño desde el primer momento. Los padres que se encuentran en esta situación se hallan en un estado de crisis que deberá trabajarse paso a paso (Carbonari, 2013, pág. 6).

De acuerdo con la teoría de Cullberg (1975), citado por Carbonari, (2013) (s.f.), las incertidumbres y afectaciones por las que atraviesan los padres y familiares frente a la

discapacidad de su hijo afecta significativamente toda su psiquis mental y surge la interrogante de cómo hacer frente a las adversidades.

El período que sigue al nacimiento, se caracteriza por un estado de shock en el que los padres se resisten a afrontar la verdad y su primera reacción es de estupefacción e incredulidad. En ese caos en que se encuentran, es fácil culpar a otros, por ejemplo, al personal médico. Tampoco es raro que los padres relaten que la primera información recibida tenía falencias. Seguramente, esto se debe a que los padres no han podido asimilarla debido a que se encontraban en un estado de crisis.

La segunda fase de la crisis puede producirse alrededor de algunas semanas después de que la pareja se da cuenta o recibe la primera información de que su hijo es deficiente mental. Comienza a tomar conciencia de lo que ha pasado y a buscar explicaciones, pretendiendo encontrar respuesta a la pregunta del por qué fueron justamente ellos los afectados. Es común que los padres busquen distintas causas, que oscilan desde culpabilizar a su pareja o a sí mismos. (pág. 7).

De acuerdo con Carbonari (2013), no debemos tratar de racionalizar por qué nació con un trastorno, es aceptar el hecho que el niño presenta una discapacidad y otorgarla la culpa a determinado progenitor no contribuye a la mejoría sino más bien sentirse libres de culpa y aceptar que su hijo presenta un trastorno.

El ser humano es el organismo infinitamente desconocido los avances de la tecnología y las teorías de la evolución permiten acercarse al proceso del desarrollo del feto, pero existen infinitas situaciones que pueden dar paso a un trastorno, debido a que se olvida que un proceso complicado.

Estas dos etapas caracterizadas por el desconcierto y la desesperación, son seguidas por una etapa en la que los padres empiezan a aceptar la realidad y deciden hacer todo lo posible para encontrar nuevos caminos y distintas maneras de resolver sus dificultades. La aceptación de la deficiencia del hijo y el propósito de enfrentarse a esta situación de manera realista y objetiva, indican ya un cambio de actitud que produce una estabilidad importante para hacer frente a todos los problemas que surjan con el tiempo (Carbonari, 2013, pág. 8).

De acuerdo con la Teoría de Cullberg (1975), citado por Carbonari (2013), (s.f.), nos indica una serie de etapas por las cuales pase los padres y familiares al momento de recibir el diagnóstico o la discapacidad del niño; pero no como hacer frente a esa nueva realidad y orientaciones a medida que se desarrolla el niño.

Esta investigación surge debido al hecho de que los padres, madres y/o cuidadores después del nacimiento de su hijo y la conmoción de la noticia, tienen un hijo donde muchas veces se sienten responsables de su condición lo que genera un trastorno de adaptación en ellos; esto a su vez produce una distorsión cognitiva que afecta sus emociones, pensamientos y conducta; la cual requiere de una terapia y reestructuración cognitiva. Debemos preguntarnos, ¿Cómo enfrentan sus problemas? ¿cuántos poseen estrategias de afrontamientos efectivas?, ¿reciben orientación para manejar sus emociones? Producto de estas interrogantes y la conmoción del diagnóstico de parálisis cerebral los padres, madres y/o cuidadores generan un trastorno adaptativo, que viene siendo un arrastre porque deben dejar de lado sus sentimientos y enfrentar la realidad de un hijo, olvidándose de sí mismos por un amor, sacrificio y entrega total; por ello deben sobreponerse a ese nudo de emociones y luchar por su hijo.

Diversos estudios han puesto de relevancia cómo el nacimiento de un hijo con PCI supone un cambio para los padres en multitud de aspectos de su vida. Guyard y col (2011) citado por

Fernández- Alcantara et, al. (2013), muestran en un trabajo de revisión las principales áreas que se verían afectadas: el tiempo, la situación laboral y profesional, las relaciones sociales, las relaciones familiares, la salud física y psicológica, así como los recursos económicos. (pág. 1).

Con respecto al tiempo, parece que criar a un niño con PCI supone una mayor implicación puesto que en muchos casos la independencia que pueden adquirir está muy limitada, necesitando ayuda permanentemente. La situación laboral puede verse alterada debido a la gran necesidad de dedicación al hijo, afectando también a los ingresos económicos de la familia.

Así mismo las madres y padres de niños con PCI parecen experimentar a lo largo del proceso de parentalidad, un mayor número de eventos estresantes, que se asocian con un peor pronóstico de salud para las madres. Diferentes estudios han puesto de manifiesto la existencia de altos niveles de estrés en estos padres, en muchos casos alcanzando un nivel clínicamente significativo, requiriendo intervención y apoyo especializado Fernández et al. (2013).

De acuerdo con Fernández et al. (2013), existen diversos autores que argumentan que la discapacidad influye directamente en sus competencias como padres y en la interacción de ambos. Los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral, se asocian con problemas físicos, psicológicos o sintomatología ansiosa y depresiva. Reflejan un alto grado estrés todo esto contribuye a que desarrollen un trastorno adaptativo crónico; es la acumulación de impotencia y frustración afectando su forma de percibir la vida, distorsionando sus pensamientos, creencias y conducta.

## **2.10 Estado de ánimo en los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral**

Todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profunda a la noticia de que su hijo tiene características físicas, emocionales y psicológicas diferentes a la de los niños normales, se resisten afrontar la verdad; evitan mirar la situación real y distorsionan los hechos para que



parezcan más aceptables. No obstante, la situación varía de una familia a otra, pero todo proceso de adaptación pasa, frecuentemente por las mismas fases: 1) desarrollan la capacidad para enfrentar la realidad, 2) aceptan el problema particular del niño, 3) hacen esfuerzos positivos para ayudarlo y 4) enfocan su atención en buscar soluciones terapéuticas que permitan favorecer el desarrollo de los hijos e hija (Ortega Silva, Torres Velasquez, Garrido Garduño, & Reyes Luna, 2006).

Muntaner (1998) citado por Ortega et al. (2006) señala al respecto que los padres de niños(as) con características diferentes sufren una fuerte conmoción al recibir la noticia de la discapacidad de su hijo(a), rompe todas las expectativas y lo sumerge en una inesperada sensación de desconcierto y preocupación que va transformando en un sentimiento de impotencia y soledad (pág. 23).

### **2.11 Duelo ante el nacimiento de un hijo con discapacidad.**

En los padres puede darse una serie de sentimientos, que impiden comprender la situación y que muchas veces los paraliza. Son una serie de reacciones naturales ante los aspectos negativos de la limitación, surgen como una defensa primitiva ante el sufrimiento psicológico, actúan como un anestésico, de efecto inmediato, aunque temporal, que da a la estructura psíquica tiempo para elaborar un sistema de defensa más adecuado. Esta es una situación altamente angustiante, y en un intento por controlarla, se desencadenan mecanismos de defensa, (como el pensamiento mágico omnipotente y la negación entre otros), los cuales prevalecen inicialmente y a menudo durante un largo periodo de tiempo. (Vallejo, 2001)

De acuerdo con Vallejo (2001), es característico en este momento que los padres tengan una visión muy limitada de su situación. Están aturdidos y presentan dificultades para responder ante las persona y situaciones de la vida diaria. Esto incide en la manera como entienden las cosas que

el equipo de profesionales que atienden a su hijo le dicen acerca de su diagnóstico y pronóstico. La información que en ocasiones se le intenta transmitir, es en palabras de los profesionales, “... como sino las entendieran”, se produce un desfase entre el saber y la verdad: comprenden las palabras, pero no escuchan la verdad, pues está implica un dolor intenso y en muchos casos es destructivo para la estabilidad emocional. Otras situaciones vividas por algunos padres durante todo el proceso de confrontación y asimilación de la situación son:

- Ψ **Depresión:** Entendida como una tristeza crónica que invade a toda la persona, y afecta las relaciones que establece con los otros, incluido el menor;
- Ψ **Sentimientos de culpa:** Hacia sí mismo o hacia el otro. El cual depende de ciertas asociaciones “internas” o inconscientes frente al rechazo o deseo de muerte del menor.
- Ψ **Comportamientos reactivos:** Algunos padres, en el intento de esconder a sus hijos, llegan a esconderse ellos mismos hasta aislarse de sus amigos y parientes.
- Ψ **Vergüenza:** El desarrollo del menor al ser diferente produce sentimientos de turbación y vergüenza en presencia de otras personas.
- Ψ **La continua frustración:** por la dependencia o bajo desarrollo de su hijo(a) (pág. 4).

Según GLARP (1998), citado por Vallejo (2001), “Vale la pena recordar que las personas no reaccionan directamente a los acontecimientos externos, sino a los significados internos que asumen tales acontecimientos, porque lo que se plantea, tras el descubrimiento de las limitaciones del hijo, el elemento crucial no es el trastorno mismo, sino la demolición de las expectativas paternas”. Además, los padres se enfrentan a la aparición y oposición de dos deseos incompatibles. Por una parte, el deseo de atender y proteger al niño limitado porque es su propio hijo, por otro lado, aparece el rechazo por su limitación. Es igualmente importante hecho de que

este proceso se da justo en el momento en que su hijo más los necesita a nivel de la aceptación, protección y apoyo.

### **3. Definición de parálisis cerebral**

#### **3.1 El diagnóstico de Parálisis Cerebral Infantil (PCI)**

De acuerdo con Koman, Paterson, y Shilt (2004), citado por Navarro Melendro & Restrepo, Ibiza (2006) (s.f.), es término utilizado para describir un conjunto de síndromes no progresivos que encierran daños a nivel motor y de postura debidos a una alteración en el desarrollo del sistema nervioso central que usualmente ocurre antes, en el útero durante, o después del parto antes de los dos años de edad.

Los síntomas de parálisis cerebral difieren de acuerdo con Sánchez (1999) citado por Navarro et al. (2006) (s.f.), los síntomas persisten a lo largo de toda la vida. La parálisis cerebral no es progresiva, pero si puede cambiar en el curso del tiempo, esto sin tener en cuenta el deterioro intelectual presente en muchos paralíticos cerebrales, así como las alteraciones sensoriales, convulsiones, los trastornos de la comunicación y de la conducta además de otros déficits perceptivos tales como el del esquema corporal propioceptivo, el de la orientación espacial, etc. La escasez de experiencias sensoriomotrices del parálisis cerebral, hace difícil la adquisición de dichas actitudes.

Según Pueyo (2001), citado por Navarro et al. (2006) (s.f.), las causas de la parálisis cerebral pueden incluir las enfermedades durante embarazo, parto prematuro, o falta de oxígeno o sangre al bebé. También puede ocurrir en la niñez como resultado de un accidente, saturnismo (envenenamiento con plomo), enfermedad, abuso infantil u otros factores.

La parálisis cerebral en esta investigación puede ser profunda, la cual necesite del apoyo total de sus padres, madres y/o cuidadores; lo que genera en ellos un arraigo total con sus hijos ya que

son conscientes de que necesitaran de la asistencia de ellos para el desenvolvimiento total y absoluto en su desarrollo biopsicosocial. Incluso hay casos donde la parálisis puede ser leve el cual no requiere de una total absorción por parte de los padres. Los avances médicos y tecnológicos están en constante evolución todavía no existe una cura determinada para este diagnóstico, existe es medicamentos, cirugías que ayudan mucho al niño(a)s a mejorar su capacidad motora, se cuenta con fisioterapia, terapia ocupacional, y buscamos desarrollar una red de apoyo emocional a través de esta investigación, que permita que los padres, madres, y/o cuidadores disminuyan su trastorno de adaptación mediante la terapia cognitiva conductual. Lo que deseamos identificar a través de dicha investigación es que el diagnóstico produce una conmoción en los procesos de valoración del padre, madre y/ cuidadores y ajustarse a esa nueva realidad contribuye a generar estrés debido a las emociones, pensamientos y el mal manejo de los procesos por los individuos.

Parálisis cerebral es el nombre más comúnmente utilizado para designar un grupo de condiciones caracterizadas por la disfunción motora a causa de un daño cerebral no progresivo acaecido en una fase temprana de la vida. Se podría considerar la parálisis cerebral como una serie de disfunciones que van desde la severa o profunda alteración del aprendizaje hasta la «disfunción cerebral mínima». Es en este último extremo donde se encuentran los niños torpes que son inteligentes, pero presentan problemas específicos de aprendizaje. (Levitt, 2012)

### **3.2 La disfunción motora**

En el pasado existía la tendencia a considerar los variados desórdenes motores únicamente como problemas de músculos tensos o débiles o de articulaciones deformadas. La situación en la que se encuentran los músculos y articulaciones en las parálisis cerebrales se debe a la ausencia de coordinación en las ordenes que provienen del cerebro. En otras palabras, los mecanismos

neurológicos de la postura, el equilibrio y del movimiento están desorganizados. Por lo tanto, los músculos que actúan para mantener la postura, el equilibrio y el movimiento acaban faltos de coordinación, débiles o tensos (Levitt, 2012).

### **3.3 Deficiencias asociadas**

El daño cerebral en la parálisis cerebral también puede ocasionar en los sentidos de la visión y audición, problemas en el habla y en el lenguaje y alteraciones en la percepción. Los defectos de la percepción o agnosias consisten en la dificultad para reconocer objetos o símbolos, incluso en el caso en que la sensación no se vea afectada, y el paciente pueda demostrar, por otros medios, que conoce o conoció de qué objeto o símbolo se trata. También se pueden hallar apraxias, asimismo denominadas problemas visuomotores. Esto significa que el niño es incapaz de llevar a cabo determinados movimientos, aunque no exista parálisis, esto se debe a que los patrones a engramas se han perdido o no se han desarrollado. La apraxia puede afectar a los movimientos de las extremidades, cara, ojos, lengua a puede disminuir específicamente actos como escribir, dibujar, construir e incluso vestirse. En otras palabras, parece un problema en la «programación motora» de los niños apráxicos. Es probable que los niños con parálisis cerebral puedan tener diversos problemas de comportamiento tales como la distracción y la hiperkinesia originados por el daño cerebral orgánico. Todas estas alteraciones causan distintos problemas de aprendizaje y dificultades para la comunicación. Además, también pueden aparecer distintas epilepsias a alteraciones intelectuales (Levitt, 2012).

### **3.4 Causas de la parálisis cerebral**

Existen múltiples causas que originan el daño cerebral, entre las que se encuentran el desarrollo defectuoso del cerebro, la anoxia, la hemorragia intracraneal, la excesiva ictericia neonatal, el traumatismo y la infección. Es importante saber que las causas de la parálisis

cerebral se presentan en los periodos prenatal, perinatal y postnatal. En todos los casos, se trata de un sistema nervioso inmaduro que se ve afectado, que continuará desarrollándose, pero dañado.

En el cuadro clínico existen tres aspectos que se consideran primordiales:

1. Retraso en el desarrollo en relación a la adquisición de nuevas habilidades que deberían lograrse a la edad cronológica del niño.
2. Persistencia de un comportamiento infantil en todas las funciones, incluyendo reacciones reflejas infantiles.
3. Ejecuciones de múltiples funciones mediante patrones jamás vistos en bebés y niños normales. Esto se debe a los síntomas patológicos tales como la hipertonía, hipotonía, movimientos involuntarios y alteraciones biomecánicas derivadas de las lesiones de la motoneurona superior (Levitt, 2012, pág. 3)

### **3.5 Clasificación topográfica y tipos de parálisis cerebral**

Las clasificaciones topográficas que se utilizan más frecuentemente son las que se exponen a continuación:

Cuadriplejía:	Afecta a las cuatro extremidades. Doble hemiplejía es una expresión que se utiliza para destacar que los miembros superiores se hayan más afectados que los miembros inferiores y que puede haber una parálisis suprabulbar congénita.
Diplejía:	Afecta a las cuatro extremidades, aunque están más afectados los miembros inferiores que los superiores
Paraplejía	Afecta a ambos miembros inferiores.
Triplejía:	Afecta a tres extremidades.

Hemiplejia:	Afecta a un lado del cuerpo.
Monoplejia:	Afecta a una sola extremidad.

(Levitt, 2012)

### 3.5.1 Tipos de parálisis cerebral

**3.5.1.1 Parálisis cerebral espástica**, la lesión está a nivel de la corteza motora y vía piramidal intracerebral. Manifiestan un aumento exagerado del tono muscular, con disminución de los movimientos voluntarios. El movimiento es rígido y lento. El tono muscular es alto de manera persistente. La espasticidad puede afectar a todo el cuerpo, solo a un lado o las extremidades inferiores.

En general el espástico tiene una gran dificultad para mover determinadas partes del cuerpo, e incluso en ocasiones la imposibilidad de hacerlo. La forma en las que se puede manifestar esta espasticidad son muy variadas. En muchas ocasiones el aumento exagerado del tono de los músculos del tórax, de la nuca, el bloqueo de la glotis, de la lengua... etc., provocan alteraciones en el habla. Estos trastornos pueden afectar a los músculos de la mandíbula, del rostro de la laringe, de la lengua, del velo del paladar, del diafragma, de los abdominales... etc.

Algunos de los problemas más frecuentes de cara al habla son:

Alteraciones en la mímica facial, con una mímica pobre, sin expresión o fija en una especie de mueca continua.

La articulación puede ser lenta, con dificultad. En ocasiones el inicio del discurso se hace esperar y finalmente se inicia en forma de espasmo o explosión, juntando tanto las palabras que al oyente le resulta difícil hacer una diferenciación o acabando todo el aire al inicio de la frase, teniendo que realizar posteriormente inspiraciones forzadas o en otras ocasiones hablando sin aire.

La lengua suele estar fijada dentro de la boca, con muy poca movilidad.

Frecuentemente presentan babeo y respiración por la boca (Puyuelo Sanclemente & Arriba de la Fuente, 2000).

**3.5.1.2 Parálisis cerebral atetósica**, la lesión se sitúa en el sistema extrapiramidal fundamentalmente en los núcleos de la base. Los movimientos son lentos, involuntarios, incoordinados, y dificultan la actividad voluntaria. Son característicos los cambios bruscos de tono, pasando de un tono bajo a normal, o a una espasticidad exagerada. Pero lo que les caracteriza más son los movimientos involuntarios. Este descontrol motor general puede afectar con más o menos intensidad a los músculos faciales, a los de la zona oral, al aparato respiratorio y a la voz. Al intentar hablar pueden aparecer distonías más o menos importantes del cuerpo en general, además de los órganos implicados en la producción del lenguaje. En general en el atetósico la respiración en reposo es irregular, le falta profundidad, es arrítmica y en relación a la voz estos síntomas se acentúan, estando en muchas ocasiones mal coordinadas la respiración y la voz. Las dificultades fonéticas, especialmente las articulatorias están relacionadas más con problemas de coordinación de movimiento de la mandíbula, con los labios y lengua, que no pueden ser aislados, coordinados, ni bien dosificados, para la producción del sonido (Puyuelo Sanclemente & Arriba de la Fuente, 2000).

**3.5.1.3 Parálisis cerebral atáxica**, la lesión se sitúa a nivel del cerebelo. Queda afectado el equilibrio y la dirección y coordinación de movimientos. En relación al lenguaje presenta dificultades para realizar movimientos finos, siendo estos mal dosificados, mal adaptados con cierta torpeza. El lenguaje suele estar enlentecido. La respiración, fonación y articulación se hallan mal dosificadas y coordinadas, de manera que hablan con una voz débil, monótona y con temblor de las cuerdas vocales, presentando una voz escondida. La articulación es deficiente con



un mal control de la fonación y en ocasiones babeo. (Puyuelo Sanclemente & Arriba de la Fuente, 2000).

**3.5.1.4 La parálisis mixta**, suelen ser una combinación de espasticidad y atetosis, aunque también pueden presentarse otro tipo de combinaciones. En general son casos graves, con importantes dificultades de expresión a todos los niveles. (Puyuelo Sanclemente & Arriba de la Fuente, 2000).

### **3.6 Evaluación de la Parálisis Cerebral en Panamá**

#### **3.6.1 La población panameña con discapacidad**

Los Censos Nacionales de Población realizados por la Contraloría General de la República de Panamá, registraron para 1990 la cantidad de 31,111 personas con discapacidad (1.33% de la población total en 1990) y de 52,197 para el año 2000 (un 1.8% de la población total para ese año).

Hay, sin embargo, suficientes argumentos para suponer que el crecimiento de la población de personas con discapacidad es todavía mayor al señalado por las cifras oficiales; entre éstos podemos citar:

Los instrumentos y la metodología de medición para conocer el número de personas con discapacidad aún requieren ser técnicamente superados. Por un lado, la definición o conceptualización del término de persona con discapacidad es todavía muy limitada y excluye a muchas personas de la medición (sólo recientemente se comienza a dar una definición más amplia del concepto de discapacidad, como grado de participación social y ya no únicamente como ausencia de salud).

Los patrones culturales y los estereotipos obstaculizan la recolección de la información; todavía muchos padres esconden a sus hijos con discapacidad y las mismas personas con discapacidad no se reconocen como tales.

El censo tampoco cubre todas las áreas geográficas, sobre todo las que son de muy difícil acceso y que detentan un nivel de pobreza mayor, con peores condiciones de salud y de nutrición que el resto de la geografía nacional (sobre todo en áreas comarcales indígenas).

Aumento de accidentes de tránsito y laborales y de mayor incidencia de violencia social e intrafamiliar observable a través de los medios de comunicación.

Aumento en la demanda de los diversos servicios que prestan las organizaciones dedicadas a dar servicio a personas con discapacidad (servicios médicos y ayudas técnicas).

Debido a esta situación una de las tareas iniciales de SENADIS ha sido iniciar un estudio de prevalencia de la discapacidad. (Ministerio de Salud, Secretaria Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud., 2005)

### **3.7 Definiendo el término discapacidad**

El tema de la discapacidad ha tomado mayor relevancia en nuestra sociedad en los últimos años, reflejándose en cambios de actitud y en los enfoques respecto a las personas que la padecen. Hoy se reconocen las discapacidades como algo relativo en el sentido que no sólo se trata de la presencia de una enfermedad, sino que engloba las deficiencias que esta ocasiona, las limitaciones que dificultan realizar determinada actividad y las restricciones para la participación de los individuos en su ambiente físico y social.

En Panamá, se está en el proceso de tránsito desde el modelo médico, que considera la discapacidad como un problema personal directamente causado por una enfermedad, hacia el

modelo social, que lo hace desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La Ley No.42 del 27 de agosto de 1999, en su artículo 3 define el término discapacidad como una “alteración funcional, permanente o temporal, total o parcial, física, sensorial o mental, que limita la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal en el ser humano”.

### **3.8 La discapacidad en Panamá**

Las personas con discapacidad representaron el 2.9% de la población total, 1.1 puntos porcentuales más que hace diez años, cuando fue 1.8%, motivo por el cual debe continuarse con los programas y proyectos a fin de atender la situación de la discapacidad en el país. Identificándose seis tipos de discapacidad principales: deficiencia física, ceguera, retraso mental, sordera, problemas mentales y parálisis cerebral.

El Censo de 2010, considera a la parálisis cerebral, a la persona que al nacer o durante los primeros años de vida sufrió una lesión o daño cerebral que no le permite moverse de forma normal, al tener los músculos duros o movimientos incoordinados.

Las regiones con las mayores tasas fueron la comarca Emberá y las provincias de Los Santos, Herrera y Darién. (Atlas Social de Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas, 2012)

Debemos recordar que esta investigación con los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral, fue realizada en la Provincia de los Santos, donde los censos nacionales muestran un repunte en los índices de discapacidad. En Los Santos, casi una tercera parte de las personas con discapacidad se concentró en los corregimientos cabecera Las Tablas y La Villa de Los Santos, distritos de Las Tablas (31.6%) y Los Santos (28.1%), respectivamente, áreas urbanas donde la población discapacitada al menos tenía acceso a los servicios de salud para atender su condición, ya que contaban con dos instalaciones, un hospital y una policlínica. Sin

embargo, hubo otros corregimientos como Santa Ana (Los Santos), donde toda su población discapacitada vivía en área rural, lo que hacía más delicado su estado de salud y por ende limitaba su participación activa en la comunidad, aunque contaban con un hospital y un centro de salud para atenciones ambulatorias (MEF 2012).

### **3.9 Impacto del diagnóstico de parálisis cerebral en los padres.**

Los seres humanos reaccionamos a diferentes situaciones dependiendo de la interpretación que le demos a la misma, pero el impacto del diagnóstico de parálisis cerebral no sigue un orden predeterminado.

#### **3.9.1 Los primeros momentos**

Los padres, es decir el padre, madre o cuidador son los primeros en detectar que existe una anomalía en el desarrollo de su hijo(a), lo que los lleva a buscar ayuda. De acuerdo con Madrigal (2007), citado por Armijos Oscullo, (2013) (s.f.), el momento más difícil para la familia comienza desde cuando existe la sospecha de que el niño (a) tiene algo grave, hasta cuando los médicos les informan a los padres del diagnóstico. Ninguna persona se encuentra preparada para afrontar la situación de tener un hijo (a) con parálisis cerebral, por lo que esto le provoca al padre o a la madre un gran abatimiento, acompañado de una serie de emociones y sentimientos que los abrumara.

“De acuerdo con Madrigal (2007), citado por Armijos Oscullo, (2013), es muy posible que el momento en que se informa del diagnóstico sea la culminación de un proceso percibido como interminable en el que el niño (a) ha pasado por distintos especialistas sin que ninguno de ellos haya dado una respuesta satisfactoria a los interrogantes planteados por la familia. Tal peregrinación crea sentimientos ambiguos (confusión, temor, negación...) y conflictos que

anticipan el proceso de duelo, cuyo inicio viene a coincidir con el momento en que se tiene la certeza de la parálisis cerebral.

De acuerdo con varios autores (Ingalls, 1989; Cunningham y Davis, (1994); Jasso, (2001); Nuñez, (2003); citado por Armijos Oscullo (2013) los padres atraviesan por varias etapas que van acompañadas de algunas reacciones en los estadios descritos a continuación. Las mismas tendrán un tiempo de duración variable en ellos, así como también se considera que pueden sufrir regresiones entre una etapa y otra.”

**Fase de Shock:** se caracteriza por la presencia de reacciones de confusión, bloqueo, desorientación e irracionalidad, y de sentimientos de culpa y ansiedad. Esta etapa puede durar minutos o días, y se la relaciona con una escasa confianza en sí mismo. Ingalls et al. (1989) citado por Armijos Oscullo (2013).

**Fases de reacción:** las principales reacciones a mostrarse en esta fase son: rechazo, ira, incredulidad, resentimiento, las mismas que están acompañadas aun de sentimientos de culpa, perdida y ansiedad. Los sentimientos de enojo y frustración esta dirigidos a sí mismos, pero también a los profesionales, se empieza a cuestionar el diagnóstico del niño (a), inclusive se empieza a pedir una segunda opinión. Esta fase permitirá a los padres la reinterpretación y la comprensión del suceso. Ingalls et al (1989) citado por Armijos Oscullo 2013.

**Fase de adaptación:** esta etapa se presenta cuando los padres empiezan a cuestionar ¿Qué se puede hacer?, lo que permite considerar nuevas alternativas, y a la vez permite que se entiendan a sí mismos, entender la situación y encontrar acciones concretas para la misma Ingalls et al. (1989) citado por Armijos Oscullo 2013.

De acuerdo con Madrigal (2007) citado por Armijos Oscullo (2013) (s.f.), considera que el futuro depende de la manera en que la familia cercana perciba, y sepa afrontar la enfermedad.

Después del diagnóstico de parálisis cerebral los padres, madres y/o cuidadores y la familia tienen una mezcla de sentimientos, en muchas ocasiones contradictorios, que pueden ir desde la esperanza de que el diagnóstico cambie, hasta la desesperación e impotencia de no saber qué hacer.

Los padres señalan que la comunicación del diagnóstico supone un golpe de gran envergadura que trastoca sus vidas experimentan una verdadera pérdida, la del hijo (a) que esperaban, que estaba revestido en su imaginación de un completo paquete de características físicas y psicológicas, y con un futuro esbozado, a menudo, con muchos detalles: escuela, universidad, trabajo, juegos, deportes Lambrenos, et al. (1996) citado por Madrigal (2007)

Cuando los padres han aceptado la condición de su hijo (a), entran en un proceso denominado normalización, que obviamente variara entre padres, ya que por un lado este puede conllevar a la aceptación de la enfermedad, a la resignación o a su vez al rechazo. La forma en como los padres respondan dependerá de muchos factores tales como los rasgos de personalidad de los padres, el estado de ánimo de los mismos, así como también la gravedad del diagnóstico, y su respectivo pronóstico Gómez González y Alonso Torres (1999) citado por Madrigal (2007).

### **3.10 Constelación familiar, conducta y apoyo social.**

Partimos de la base de que la familia es el contexto en el que se desarrolla gran parte de la mayoría de las personas. Cuando en el seno de una familia nace un niño con una discapacidad, sobreviene o le es diagnosticada a un miembro de la familia, no cabe duda que este acontecimiento afecta a cada uno de los miembros y al conjunto. Tampoco cabe duda de que el contexto familiar es, al menos durante un buen número de años, el entorno que más va a influir sobre la persona con discapacidad (Fantova, 2000)

De acuerdo con Hutt y Gwyn (1988) citado por Ortega et al. (2006) pueden reaccionar emocionalmente de modos muy diferentes al hecho de tener una hija e hijo con necesidades especiales.

Los modelos de la conducta de los padres pueden variar desde una forma constructiva de ajuste; como la aceptación realista de trastorno, hasta un rechazo o negación de este. Los padres pueden reaccionar de tres modos diferentes:

Padres que aceptan, son personas maduras, constructivas y adaptables que reconocen y aceptan la realidad del problema del niño. Su conducta está orientada esencialmente a resolver problemas, es decir, buscar apoyo psicológico y alternativas de tratamiento e involucrarse directamente en el.

El padre que oculta, lo cual les sirve para que la gente no se entere de la situación del niño y se inicie un periodo de cuestionamiento por la misma familia. Su conducta se enfoca a no admitir o reconocer la incapacidad del niño o la niña para realizar ciertas tareas que otros niños hacen comúnmente, se debe a sus reducidas capacidades intelectuales.

Los padres que niegan, estos padres muestran una reacción emocional grave a la situación de estrés resultado de la noticia de que su hijo e hija tiene un retardo. El reaccionar de esta manera no es deliberado o planeado de los padres sino más bien una reacción inconsciente y automática ante una situación de estrés Ortega et al. (2006)

Los sentimientos y reacciones ante la discapacidad del niño(a) influirán considerablemente en la relación que establezcan los padres y los profesionales con ellos. Emociones como amenaza, la culpa y la ansiedad pueden ser orientadas positivamente en relación con su papel en el proceso de cambio dentro del sistema de pensamiento.

De acuerdo con Pueshel (1991), citado por Ortega et al. (2006), comenta que el tiempo que se necesita para sentirse cómodo con el niño o la niña es diferente en cada familia. Al oír el diagnóstico, algunos padres sienten un fuerte impulso protector. Otros continúan estando inciertos e inseguros sobre sus sentimientos durante meses. Durante este tiempo, tratan de predecir cómo será el futuro con el niño(a), que problemas surgirán y como se enfrentarán con ellos en el porvenir.

De acuerdo con Hutt y Gwyn (1988), citado Ortega et al. (2006), por algunas de las reacciones generales de los padres son tan comunes que merecen atención especial; entre ellas destacan las percepciones deformadas de las capacidades y cualidades del niño, tendencia de rechazo, indiferencia, problemas maritales y reacciones injustificable hacia la comunidad, además de los sentimientos de culpa sobre el retardo en el desarrollo.

### **3.11 Apoyo de las instituciones a los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral en Panamá**

La atención en salud a la población con discapacidad en Panamá, nos dice que la Ley 42 de 27 de agosto de 1999 sobre equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad; Título III Capítulo I Salud, Habilitación y Rehabilitación Integral Art. 14 al 17.

Artículo 14. La persona con discapacidad tiene derecho a la salud y al proceso de habilitación y rehabilitación integral. De no ser posible la completa rehabilitación, la acción rehabilitadora tendrá por objetivo desarrollar sus destrezas y dotarla de elementos alternativos para compensar su discapacidad.

Artículo 15. El Estado, a través de las instituciones de salud, proporcionará los equipos y el personal para asegurar que las prestaciones médicas requeridas para la habilitación y rehabilitación funcional, sean accesibles a toda la población que presente discapacidad.



Artículo 16. El Estado fomentará la creación y el fortalecimiento de centros de habilitación y rehabilitación, así como la formación y el perfeccionamiento de profesionales, y promoverá la investigación, para mejorar la calidad de la atención a la población con discapacidad. Los apoyos y/o servicios técnicos necesarios para las funciones de la vida diaria, así como la adquisición, conservación, adaptación y renovación de dichos apoyos y servicios, forman parte del proceso 000 rehabilitación al que tienen derecho las personas con discapacidad.

Los hallazgos nos determinan que, a partir de los datos del Censo de población de 2000, constituyen la única información existente sobre el estimado de las personas con discapacidades a nivel nacional. El mismo señala una prevalencia de 1.8%, esta cifra que resulta baja para la demanda de atención que se observa en la población, hace suponer que existe un sub-registro de la información. Pero para el censo del 2010 existe una prevalencia de 2.9% con discapacidad de la población; 1.1 puntos porcentuales más que hace diez años.

El sector salud (conformado por el Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social), no dispone de información estadística de la población atendida que presenta alguna discapacidad. Tan solo existen datos de consultas atendidas por los servicios de rehabilitación y/o de fisioterapia, es decir, los departamentos nacionales de estadísticas de salud no consolidan ni sistematizan los datos. En la actualidad los casos atendidos por discapacidad no son diagnósticos, debido a que el país no ha adoptado la Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF: deficiencias, actividades y oportunidades.) Lo anterior no permite sistematizar información cuantitativa y cualitativa de la discapacidad en el sector salud para efectos de una planificación más efectiva y eficiente de servicios, programas y de los recursos humanos. La Caja de Seguro Social y el Ministerio de Salud ofrecen servicios de rehabilitación en el segundo nivel y el tercer nivel de atención, no así en el primer nivel. En algunos centros de salud, a nivel nacional, personal del

IPHE, conformados en equipos básicos de rehabilitación, prestan atención en el Primer Nivel, pero no cubren las necesidades de atención. MINSA 2005.

Estos datos se enfocan en la atención de los niños o niñas con discapacidad no existe una entidad dirigida al bienestar psicológico de los padres, madres, y/o cuidadores.

El impacto psicológico de recibir el diagnóstico los dejó con una cantidad de sentimientos encontrados de odio, culpa y donde los embarga grandes interrogantes que muchas veces no son resueltas. Lo que nos lleva a pensar que el psiquis emocional y mental del progenitor se ve afectado y deja de lado todo aquello por una entrega total al cuidado de su hijo; ya que al final después de aceptar condición del niño lo único realmente importante es estar para asistir y apoyarlo.

### **3.12 Estrategias de afrontamiento de los padres, madres, y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral.**

De acuerdo con Byrne y Cunningham (1985), citado por Badia Corbella (2002), plantearon las perspectivas para analizar la respuesta familiar frente a un hijo discapacitado, de esta cabe resaltar los diferentes recursos que utilizan las familias para desarrollar sus propias estrategias de afrontamientos. Se ha verificado la relación entre habilidades de resolución de problemas y estrés familiar. Estas habilidades se convierten así en un componente representativo del proceso de afrontamiento.

Así pues, la capacidad que tiene la familia cuidadora para manejar y dirigir las demandas específicas que precisa la persona con parálisis cerebral es una estrategia importante de afrontamiento.

Según señalan Singer y Irvin (1990), citado por Badia Corbella (2002), unos apoyos familiares eficaces ayudaran a las familias a desempeñar sus funciones de cuidado con menos

malestar psicológico y más satisfacción de cómo lo harían sin esos apoyos. Igualmente, se deben ofrecer no solo servicios a las personas afectadas de parálisis cerebral sino también a las familias cuidadoras.

#### **4. Teoría Cognitiva Conductual**

##### **4.1 Modelo Cognitivo en la Depresión**

Beck (2000) postula que, en la depresión unipolar no endógena, los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva que se dispara ante situaciones estresantes de la vida. Esta vulnerabilidad consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos.

De acuerdo con el modelo, en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares profundas por acontecimientos o situaciones importantes de la vida del individuo y que conducen a síntomas fisiológicos, emocionales o conductas disfuncionales. No se plantea que las cogniciones sean la causa de la depresión o de cualquier otro trastorno emocional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores, (genéticos, bioquímicos, evolutivos, de personalidad, ambientales, etc.) o a la interacción de varios de ellos. Lo que realmente se postula es la primacía de los síntomas: la activación de esquemas negativos y las distorsiones cognitivas consiguientes, serían el primer eslabón de la cadena de síntomas depresivos. (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012, pág. 370)

Aunque la organización cognitiva del individuo no se considera el factor causal de la depresión, si se afirma que contribuye a una mayor predisposición a que ciertos acontecimientos o experiencias negativas desencadenen este trastorno. El modelo asume que el primer síntoma depresivo es la activación de esquemas negativos relacionados con la visión de uno mismo, el mundo y el futuro. En consecuencia, las personas con esquemas negativos o con tendencia a cometer errores de procesamiento (debido a su aprendizaje infantil o experiencias tempranas),

serán más proclives a padecer trastornos depresivos que las personas con pocos esquemas negativos y/o, con baja tendencia a cometer errores en el procesamiento de la información. Ruíz et al. (2012) (pág. 371).

**4. La Tríada Cognitiva** hace referencia a tres esquemas o patrones cognitivos que inducen al individuo a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo. La visión negativa de sí mismo hace que el individuo se perciba como incompetente, inadecuado y desgraciado y se refleja en la percepción de un mundo que le hace demandas excesivas o insuperables, exento de interés y que no proporciona ninguna gratificación. La visión negativa del futuro es de desesperanza, debido a la convicción de que nada de lo que percibe o experimenta en el presente cambiara, salvo para incrementarse las dificultades, el desánimo o el sufrimiento. Según el modelo, de estos tres patrones cognitivos se derivan el resto de los síntomas que suelen aparecer en los cuadros depresivos: falta de motivación, deseos de suicidio, pasividad, dependencia, indecisión, falta de energía, etc. La consolidación de esquemas negativos y la predisposición a sesgar la información.

La consolidación de esquemas negativos y la predisposición a sesgar la información es posible que venga de la infancia. Experiencias personales negativas la identificación con personas significativas o percepciones de actitudes de otros hacia el niño, podrían facilitar el aprendizaje de actitudes y creencias que configuran una parte importante del contenido de los esquemas referentes a uno mismo, el futuro y el mundo Ruíz et al. (2012) (pág. 372).

## **5. Distorsiones Cognitivas**

Los esquemas negativos activados en los individuos depresivos les llevan a cometer una serie de errores en el procesamiento de la información o distorsiones cognitivas que, por una parte,

facilitan los sesgos que se producen a la hora de percibir la información del medio y, por otra, permiten al depresivo mantener la validez de sus creencias Ruíz et al (2012) (pág. 373)

### **DISTORSIONES COGNITIVAS**

<b>Distorsiones Cognitivas</b>	<b>Definición</b>	<b>Ejemplo</b>
Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones.	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la valide.	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”.
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado”.
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”.
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en las emociones que experimenta.	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.

Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	“Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón”.
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”.
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	“Soy un fracasado”.
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”.
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	“Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil”.
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	“Me han llamado los amigos cinco veces pero podrían haberme llamado más”.
Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”.

Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas”.
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	“María y Juan se están riendo, seguro que es de mí”.
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”.
Afirmaciones con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no continuar preguntándome”.

(Ruíz, Díaz, &amp; Villalobos, 2012)

## **6. Pensamientos Automáticos**

Los pensamientos automáticos, como ya se ha señalado anteriormente, son las auto-verbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen ante una situación externa o interna determinada y que son el resultado de la interacción, en el caso de la depresión, de los supuestos depresogénicos, los acontecimientos activadores, los sesgos que se comenten al interpretar tales acontecimientos. Son una parte tan importante de la expresión de las creencias o de la visión de uno mismo y del mundo que los pacientes suelen considerarlos aseveraciones verdaderas no distorsionadas Ruíz et al. (2012).

## **7. La terapia Cognitiva Conductual Actualmente**

El producto final de esta evolución es una especialidad difícil de definir conceptualmente, que esta unificada en cuanto al objetivo (la detección y cambio de conducta, pensamientos y respuestas emocionales desadaptadas), pero que difiere en el énfasis teórico que, las distintas aproximaciones cognitivo conductuales asignan al condicionamiento clásico y al operante, a la mediación de factores cognitivos, y al papel de variables biológicas. Las diferencias actuales entre los distintos acercamientos considerados cognitivo conductuales son incluso epistemológicas, al acoger concepciones sustancialmente diferentes de la realidad y la psicopatología. Estas diferencias teóricas y epistemológicas se plasman necesariamente en las formas de intervención, desde las más estrictamente conductuales, a las estrictamente cognitivas constructivistas. Sin embargo, todas ellas han crecido y se han desarrollado conviviendo de forma muy cercana, algunas desde los primeros días del conductismo radical, enriqueciendo su práctica y sus modelos con la incorporación de principios y métodos de cada una de ellas.



Alguno de sus representantes más acreditados ha argumentado que la TCC debe considerarse como un conjunto de técnicas eficaces sin obedecer a ningún modelo terapéutico.

**7.1 La Terapia Cognitiva Conductual** es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos.





La TCC le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la TCC se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". En lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas en el pasado, busca maneras de mejorar su estado anímico ahora.

En el corazón de la TCC está el supuesto que el ánimo de las personas está directamente relacionado con sus patrones de pensamiento. Los patrones de pensamiento disfuncionales y negativos afectan el ánimo de la persona, el sentido de sí mismos, el comportamiento e incluso su estado físico. (Beck, 2000)

La meta de la TCC es ayudar a la persona a aprender a identificar patrones de pensamiento negativo, evaluar su validez y remplazarlo con maneras de pensar más adecuadas.

La TCC le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. (Beck, 2000)

De ella pueden derivarse:

-  Pensamientos
-  Emociones
-  Sensaciones físicas
-  Comportamientos

Cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente. También puede alterar lo que usted hace al respecto

### Un ejemplo

De acuerdo con (Sociedad española de psiquiatría; La terapia cognitiva conductual, 2007); hay diferentes maneras de reaccionar ante la mayoría de las situaciones, dependiendo de cómo se piensa acerca de ellas:

Situación	Pensamiento		Sentimiento		Reacciones Físicas		Comportamiento	
	Perjudicial	Favorable	Perjudicial	Favorable			Perjudicial	Favorable
					Perjudicial	Favorable		
Ha tenido usted un mal día, está harto y decide salir de compras. Cuando va por la calle, un conocido, al parecer, le ignora.	“Me ha ignorado – no le caigo bien”	“Parece ensimismado. Me pregunto si tendrá algún problema”	Tristeza y rechazo	Preocupación por la otra persona.	Retorcijones de estómago, poca energía, nauseas.	Ninguna – se siente bien	Se va a casa y evita la persona.	Se va a casa y evita la persona.

La misma situación, dependiendo de cómo se piensa en ella, ha dado lugar a dos resultados muy diferentes. Su forma de pensar ha afectado a cómo se ha sentido y lo que ha hecho.

En los ejemplos de la columna de la izquierda, usted ha llegado a una conclusión sin muchas pruebas para ello; y esto importa, porque le ha llevado a una serie de sentimientos incómodos y a un comportamiento perjudicial.

Si se va a casa sintiéndose triste, probablemente le dé vueltas a lo que ha ocurrido y se sienta peor. Si saluda a la otra persona, es muy probable que al final se sienta mejor consigo mismo/a. Si no lo hace, no tendrá la oportunidad de corregir cualquier malentendido sobre lo que piensan de usted y probablemente se sienta peor.

Este "círculo vicioso" puede hacer que se sienta mal. Puede incluso crear nuevas situaciones que le hagan sentirse peor. Puede empezar a creer cosas poco realistas (y desagradables) sobre sí mismo/a. Esto sucede porque, cuando estamos angustiados, tenemos más probabilidades de llegar a conclusiones y de interpretar las cosas de manera extrema y negativa.

La TCC le puede ayudar a romper este círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas y así cambiar la forma cómo se siente.

La TCC tiene por objeto que llegue a un punto donde pueda "hacerlo usted mismo" y elaborar sus propias maneras de afrontar estos problemas (Sociedad española de psiquiatría; La terapia cognitiva conductual, 2007).

## **7.2 Características de la Terapia cognitivo conductual**

Se recogen a continuación las que se consideran principales características de la Terapia Cognitivo Conductual actual con el objetivo de ofrecer una visión de los principios comunes a todas las orientaciones de esta disciplina:

- Ψ La TCC es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre todo en sus inicios, en la psicología del aprendizaje. Actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica ya que pretenden ser su punto de referencia.
- Ψ Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan en una buena parte con base científica o experimental, sin embargo, también una proporción importante de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica (reestructuración cognitiva, hipnosis, relajación, técnicas paradójicas, etc.)
- Ψ El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación (aunque sea indirectamente), en la que se incluyen tanto los aspectos manifiestos como los encubiertos.
- Ψ La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos y sociales. Sin embargo, la referencia a los clásicos modelos de aprendizaje puede resultar restrictiva e insuficiente, aceptándose modelos causales multivariados desde los que se pueden establecerse intrincadas relaciones funcionales que superan el modelo tradicional E-O-R-C (Haynes, 1995).
- Ψ El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están a la base del comportamiento.

- Ψ La TCC pone el énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta los factores históricos que explican por qué se está dando la situación actual.
- Ψ El tratamiento conductual ha sido y es eminentemente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.

La relación terapéutica tiene en estos momentos un valor explícitamente reconocido, sobre todo en las nuevas terapias contextuales, dónde las contingencias que se desarrollan durante la propia situación terapéutica son consideradas un contexto de aprendizaje tan relevante como cualquier otro, al convertirlo en un entorno representativo del contexto habitual del sujeto Ruíz et al. (2012) (pág. 32).

### **7.3 La terapia cognitiva conductual en el trastorno adaptativo**

El tratamiento del trastorno adaptativo se basa, fundamentalmente en las medidas psicoterapéuticas que permiten una reducción del estrés, en mejorar el manejo del elemento estresante si no es eliminable o reductible y en establecer un sistema de apoyo para potenciar la adaptación al máximo. El primer objetivo es descubrir una disfunción significativa relacionada con un factor estresante y ayudar al paciente a moderar el equilibrio. El terapeuta intentara ayudar al paciente a poner nombre a sus sentimientos y su rabia en lugar de permitir las acciones destructivas y también intentara conseguir una adaptación más óptima y mejorar el manejo del elemento estresante traumático. (Hales , Yudofsky, & Talbott, 2018). Es por esto que la terapia cognitiva conductual es el mejor tratamiento para la adaptación, debido a que es estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas de pensamiento y las conductas disfuncionales.

## **8. Estructura de las Sesiones Terapéuticas**

Un objetivo importante para el terapeuta cognitivo es lograr que el proceso de la terapia sea comprensible tanto para el como para el paciente. Cuando el terapeuta explica la estructura de las sesiones y luego respeta la modalidad explicada, acrecienta la comprensión del paciente. (Beck, 2000, pág. 45)

Según Beck, (2000); los problemas planteados por el paciente, su funcionamiento actual, sus síntomas y su historia ayudan al terapeuta a realizar una conceptualización inicial y establecer un plan general para la terapia.

En un nivel amplio el terapeuta apunta a facilitar la remisión de los síntomas y prevenir las recaídas mediante la modificación de sus pensamientos y creencias disfuncionales.

La secuencia temporal característica del proceso se desarrolla en las siguientes etapas:

### **1.Principio**

Desarrolla una firme alianza terapéutica

Identificar y especificar los objetivos

Resolver los problemas

Enseñar el modelo cognitivo.

Lograr la activación del paciente (si está deprimido o desanimado)

Instruirlo acerca de su trastorno

Enseñarle a identificar, evaluar y responder a sus pensamientos automáticos.

Socializarlo sobre las tareas de autoayuda, la programación de las sesiones y el “feed back” al terapeuta y enseñarle las estrategias para enfrentar los problemas.

### **2.Medio**

Continuar trabajando en los anteriores puntos.

Identificar, evaluar y modificar las creencias.

Utilizar tanto técnicas racionales, como emocionales y conductuales.

Enseñarle habilidades prácticas para alcanzar sus objetivos

### **3.Final**

Preparación para la finalización

Prevención de las recaídas. (Obst Camerini, 2008).

Podríamos definir la Terapia Cognitiva Conductual como un procedimiento de intervención estructurado, de tiempo limitado que utiliza como estrategias de intervención fundamentales el razonamiento deductivo y la comprobación de hipótesis, para ayudar a las personas a aprender a identificar y contrastar sus pensamientos disfuncionales.

La Terapia Cognitiva Conductual no sólo se centra en las distorsiones cognitivas del cliente, también en los problemas externos relacionados con su malestar. El terapeuta en colaboración con el paciente para conseguir la modificación de sus patrones cognitivos disfuncionales, extendiéndose esta colaboración a la toma de decisiones y búsqueda de soluciones a demandas y problemas ambientales. La Terapia Cognitiva Conductual pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, que adquiera las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales. (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012)

A medida que se avanza la TCC, las preguntas y afirmaciones del terapeuta bastan para que los pacientes se sientan valorados y comprendidos por el al demostrarle empatía y una adecuada comprensión de sus problemas e ideas. El terapeuta transmite de forma implícita y a veces en



forma explícita los siguientes mensajes: que se preocupa por él y que confía en que podrán trabajar juntos; que cree poder ayudarlo y enseñarle a ayudarse a sí mismo; que desea comprender verdaderamente lo que está experimentando y ponerse en su lugar. Esos momentos de la sesión y la problemática manifestada por el paciente y las situaciones en que se generan, produciéndole conflicto son datos que el terapeuta utilizara para la elaboración de sus sesiones y establecer las metas específicas para cambiar al comportamiento adaptativo. (Beck, 2000)

La formulación del plan adecuado para las sesiones debe ser lo más sencillo y comprensible para el paciente, a fin de que puedan lograrse los objetivos y desarrolle las estrategias adecuadas para la problemática que atraviesan los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral.

Esta investigación tiene por nombre la aplicación de una Terapia Cognitiva Conductual, a los padres, madres y/o cuidadores que presentan los síntomas de un Trastorno de Adaptación Crónico. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes. (American Psychiatric Association, 2002)

### **8.1 Sesiones Estructura**

En la terapia cognitiva conductual trabaja en el aquí y ahora para llevar a cabo la terapia es necesario estructurar un número determinado de sesiones con los padres, madres, y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral es por ello que se realizan 14 sesiones, los días lunes, con una duración de 2 horas a la semana. Se procederá a dividir en tres secciones la primera fase es psicoeducativa la cual consiste en explicarle a los pacientes que es la terapia cognitiva conductual, reconocer e identificar las distorsiones cognitivas que afectan las personas e influyen

en los sentimientos, pensamientos y conducta. La segunda fase es una reestructuración cognitiva, consiste en aprender la terapia, elaboración de tareas para el hogar implementación de test, validación de estrategias de afrontamiento y reconocimiento de las distorsiones que están afectando su cotidianidad. La tercera fase de fortalecimiento cognitivo el paciente una vez ha aprendido la terapia, se procede a no fortalecer las distorsiones cognitivas, a una reestructuración en su pensamiento y establecer estrategias de afrontamiento efectivas para los sucesos de la vida.

### **9. Las Técnicas de la terapia cognitiva conductual**

De acuerdo con (Reynoso Erazo & Scligson Nisenbaum, 2005), **El Modelo Cognitivo Conductual**, se basa en el paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para identificar e interpretar los datos pertinentes y cooperan para la conceptualización del problema.

El modelo de nuestra intervención está dirigido a que los padres, madres y/o cuidadores para que sean capaces de aprender a reconocer, identificar los síntomas del trastorno de adaptación. Este modelo nos permitirá la modificación de sus distorsiones cognitivas, que son la fuente principal del trastorno. Es necesario destacar que las formas habituales de pensamiento y conducta de los pacientes no cambian abruptamente; sino que paulatinamente a través de la modificación de las distorsiones. Existen dos procesos que permiten la realización de este modelo:

- Ψ El primer paso en el proceso de cambio involucra el entrenamiento al paciente para observar sus propias conductas. Pero esto se llevará a cabo explicándole primero que es la terapia cognitiva conductual, como reconocer e identificar las distorsiones cognitivas que están produciendo los síntomas del trastorno de adaptación. Es necesario explicarle que todas las formas de terapia involucran al paciente a autoexplorarse o lo entrenan en el automonitoreo de conductas y cogniciones. Este

período de recolección de datos por medio del Cuestionario de Adaptación de Bell para adultos, El Test de Creencias Irracionales abreviado de Calvete y Cardeñoso y la Escala de modos de Afrontamiento de Lazarus, permiten al terapeuta y paciente definir el problema y formular posibilidades terapéuticas.

- Ψ El segundo proceso importante dentro de este modelo es el proceso de translación. El terapeuta está en condiciones de responder o dilucidar cuestionamientos sobre que son las distorsiones cognitivas, responde selectivamente a los enunciados declarativos del paciente, hace preguntas, se dejan tareas para el hogar, se dan explicaciones; el terapeuta, implícita o explícitamente alienta al paciente a reconstruir los problemas discutidos; al final hace una síntesis y retroalimentación. (Reynoso-Erazo, 2005, pág. 79).

### **9.1 Las Estrategias de Intervención**

De acuerdo con Reynoso (2005), estas técnicas son procesos utilizados por el psicólogo conductual en el área de la salud. Estas nos permitirán que el trastorno adaptativo puede utilizar herramientas que le brinden la oportunidad de analizar la problemática, reconocerla y aprender a relajarse ante situaciones estresantes que le impidan ver las situaciones que se presentan desde otra perspectiva. Es necesario señalar que los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral a menudo enfrentan conflictos en su diario vivir y contar con estrategias eficaces que los ayuden es de gran importancia para ellos al momento de cuidar a sus hijos. En la Escala de modos de Afrontamiento de Lazarus, nos permitirá identificar sus puntos débiles y así poder brindarle estrategias que en un momento determinado puedan poner en práctica y les proporcione el soporte emocional y fisiológico de persona.

Las estrategias de afrontamiento que se utilizan para atenuar las dificultades o para minimizarlas aceptarlas o ignorarlas son tan importante como las estrategias dirigidas a conseguir el dominio del entorno.

Por lo tanto, el afrontamiento presenta las siguientes características:

- a) Se refiere a observaciones o valoraciones de lo que el individuo realmente piensa o hace.
- b) Se refiere a lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico.
- c) Significa hablar en cambios de pensamiento y actos a medida que el proceso se desarrolla.
- d) Es cambiante en el tiempo.
- e) Se haya influido por las reevaluaciones cognitivas. (Reynoso-Erazo, 2005, pág. 57).

De lo anterior expuesto podemos decir lo significativo e importante que los padres, madres, y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral, identifiquen y reconozcan que sus estrategias hasta el momento no son las más eficaces para afrontar las situaciones diarias a la que son expuestos; esto le permitirá entender que la forma de pensar afecta directamente las emociones y conductas; la cual ha generado en ellos un trastorno de adaptación crónico.

Según Beck (2000), **Las técnicas** que se implementaran para realizar la terapia cognitiva conductual, consiste en instruir o realizar un abordaje en conocer la terapia en sí, los síntomas y las expectativas que los padres, madres y/o cuidadores puedan tener de la terapia.

### **9.1.1 Relajación,**

Es la primera estrategia o herramienta en la que un psicólogo se apoya para ayudar a calmar a su paciente física y mentalmente; el trastorno de adaptación crónico, dentro de sus síntomas relevantes está el estrés, esta técnica es de gran beneficio para estos padres, madres y/o cuidadores para alcanzar un nivel adecuado de relajación.

### **9.1.2 Imaginería y Debate,**

Consiste en una intervención terapéutica para que el paciente con trastorno de adaptación crónico, aprenda a identificar mediante ellas las imágenes automáticas o espontaneas negativas que resultan perturbadoras y los afectan negativamente en su diario transcurrir. Sin embargo, a través de la terapia el paciente puede intervenir en esas imágenes perturbadoras. Instruir al paciente respecto de las imágenes suele contribuir a la reducción de la angustia y torna más probable la identificación de ellas. (Beck, 2000, pág. 276).

A medida que transcurren las sesiones los padres, madres, y/o cuidadores aprenderán que con la imaginería puede aprender a lidiar con estas imágenes que vienen a su mente afectándolo sin saber cómo se originan, pero si lo afectan en su vida. Para combatirlo, el terapeuta ha comprobado que el paciente convive con frecuentes imágenes perturbadoras, le enseña diversos modos de responder frente a ellas. (Beck, 2000, pág. 277).

Esta técnica es de gran utilidad en la terapia ya que el primer paso consiste en enseñar a el paciente con trastorno de adaptación crónico, a idealizar mejor su problemática, esto lo lleva a la reestructuración cognitiva que tiene de la imagen y a su vez le brinda un alivio mediante la superación de esa situación.

### **9.1.3 Tareas para el hogar,**

Consisten en tareas que los padres, madres y/o cuidadores, deben realizar en la semana donde plasman sus ideas de las situaciones a las que se enfrentan. Por medio de ella, el terapeuta busca entender las oportunidades de cambios cognitivos y conductuales, que ha tenido en la semana el paciente. Una asignación adecuada de tareas permite al paciente lograr mayores conocimientos, adquirir información (por ej. Mediante el control de sus pensamientos, sentimientos y conductas)

revisar sus pensamientos y creencias, modificar su pensamiento, poner en acción herramientas conductuales y cognitivas y experimentar nuevos comportamientos. (Beck, 2000, pág. 293).

Las tareas para el hogar al ser usadas con los pacientes que presentan un trastorno de adaptación crónico, pueden maximizar lo aprendido y a su vez les da la sensación a los padres, madres y/o cuidadores una mayor satisfacción; ya que es un registro de sus situaciones o problemas.

Como realizaremos las tareas para el hogar, ellas consisten en explicar que deseamos que escriban todos los sentimientos, cambios de conducta que han presentado frente a una situación y como emocional y fisiológicamente respondieron a dicha situación; también nos ayudan a identificar, reconocer, modificar mediante la reestructuración los pensamientos, sentimientos, conductas y creencias irracionales que tienen los pacientes con hijos con parálisis cerebral. Debemos señalar que sirven para un repaso de la sesión anterior con nuestro paciente.

#### **9.1.4 Cuaderno de registro,**

Es una técnica su función es ayudar al terapeuta; nos ayuda a llevar el control de los pensamientos automáticos, los cuales pasan por los pacientes con hijos con parálisis cerebral, estos perturban la mente de los mismos los cuales son el detonante en su cambio de conducta. Este cuaderno a su vez permite que los padres, madres, y/o cuidadores, identifiquen las situaciones que producen distorsión cognitiva, que pueda discutir y elaborar un pensamiento alterno. (Reynoso-Erazo, 2005).

#### **9.1.5. Reestructuración Cognitiva,**

Es otra técnica utilizada en la terapia cognitiva conductual, es de gran utilidad cambiar los pensamientos distorsionados de los padres, madres, y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral; a través de la misma el grado de mejoría y la satisfacción aumenta en los pacientes.

Esta técnica fue propuesta por Mahoney (1978) y consta de cinco elementos que son los siguientes:

- R** Reconocimiento de la sensación de malestar.
- D** Discriminar los eventos privados.
- E** Evaluar las bases lógicas y la función adaptativa.
- P** Presentar alternativas.
- P** Premiarse (o pensar en premiarse).

La primera etapa de la terapia consiste en que el paciente y el terapeuta trabajen hacia el reconocimiento de la(s) sensación(es) de malestar; una vez reconocidas estas, la discusión lógica se centra hacia el reconocimiento de los eventos privados del paciente, es decir, su sistema de creencias y descreencias, así como de sus compromisos, con el propósito de evaluar las bases lógicas y buscar entonces las alternativa de solución, siempre en términos de una discusión socrática guiada por el terapeuta, con el propósito de que el paciente encuentre las alternativas de solución, la(s) ponga en práctica y se premie por ello, si es que los resultados son los esperados. (Reynoso Erazo & Scligson Nisenbaum, 2005, pág. 122)

## **9.2 Técnicas de Afrontamiento**

Al plantear las técnicas de afrontamiento no es más que el manejo que realiza el paciente para hacer frente a las demandas o problemas que le sobrevienen.

Definimos el manejo o afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas. (Lazarus, Estrés y emoción. Manejo e implicacion en nuestra salud, 2000)

En la psicoterapia el terapeuta guía al paciente sobre las estrategias de afrontamiento que ha utilizado para enfrentar los problemas o situaciones que le ocasiona; el diagnóstico de parálisis cerebral de su hijo y a reevaluar el resultado que tiene con estas estrategias producto del gran desconocimiento por parte de la enfermedad. Ofreciéndole alternativas más sanas para el afrontamiento como son las técnicas de resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad.

### **9.2.1. Técnica Resolución de Problemas**

Cuando los padres, madres y/o cuidadores, que encuentran frente al constante ir y venir de citas médicas por el diagnóstico de su hijo surgen interrogantes y un malestar que le impide ver con claridad la solución de los problemas. Cuando las estrategias de afrontamiento fracasan, aparece un sentimiento creciente de desamparo que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones. La posibilidad de alivio disminuye, el problema empieza a parecer insoluble y la ansiedad o desesperación pueden llegar hasta niveles paralizantes Reynoso-Erazo (2005).

El objetivo psicoterapéutico es ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando una respuesta no apropiada. Hay que aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles sino en términos de soluciones no apropiadas.

El programa original consta de cinco fases que son:

- a) Perfil del problema
- b) Definición y formulación del problema
- c) Generación de posibles soluciones o alternativas
- d) Toma de decisiones
- e) Evaluación de los resultados



De acuerdo con D Zurilla y Godfried (1971) citado por Reynoso (2005), lo que se intenta es conocer cuál es la percepción del paciente en este caso los padres, madres y/o cuidadores, tienen del problema principal, las consecuencias que está teniendo, la evaluación que el propio paciente está haciendo del problema, así como el tiempo y el esfuerzo que el paciente está utilizando para intentar resolverlo.

El segundo paso (definición y formulación del problema) consiste en que el psicoterapeuta obtenga la mayor información posible del problema y la más relevante; guiado de la mano del terapeuta pueda entender el problema trazándose metas realistas para resolverlo; y pueda volver a reevaluar si ese es el problema principal Reynoso-Erazo (2005).

Esta nueva fase consiste en una estrategia o alternativas mediante la lluvia de ideas, donde el paciente debe generar la mayor cantidad de soluciones para el problema sin un juicio de valor. A continuación, se evalúan las consecuencias de las respuestas, descartando las que no son factibles; se valoran las consecuencias positivas o negativas que puedan tener cada respuesta y se le otorga un puntaje (de 0 a 5), tanto a las positivas como negativas. Finalmente, se construye una solución que se le dará al paciente y el terapeuta lo entrenará para posibles problemas posteriores utilizando la estrategia aprendida Reynoso-Erazo (2005).

### **9.2.2. Entrenamiento Asertivo**

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos. En términos simples, el entrenamiento asertivo incluye a todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del paciente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada.

*“Generalmente las metas conductuales incluyen la expresión de sentimientos negativos como el odio y el resentimiento, pero a menudo los procedimientos asertivos se utilizan para facilitar la*

*expresión de sentimientos positivos, como el afecto o el elogio*” Reynoso-Erazo (2005). Se debe señalar que los padres, madres y/o cuidadores de los niños con parálisis cerebral, se sienten apartados por la sociedad y con una necesidad de apoyo familiar, el Entrenamiento en Asertividad favorecerá su interacción a nivel social y familiar.

## **CAPITULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

## **1.Planteamiento del Problema:**

¿Cuál es la eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual en el tratamiento del trastorno de adaptación crónico y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento de los padres, madres y/o cuidadores de pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas)?

## **2.Justificacion del Problema**

La parálisis cerebral infantil, es una enfermedad motora que afecta al infante puede ser antes de su nacimiento o después del mismo. Hoy gracias los censos nacionales es posible identificar los casos por regiones en el país. Contamos con instituciones que colaboran arduamente en la atención y bienestar del niño; es cierto que las leyes están favoreciendo a crear conciencia sobre lo importante que es no tener marginados a las personas con discapacidad. La pregunta radica en un solo paradigma (la Terapia cognitiva conductual) se podría estar desmeritando las intervenciones de psicoterapias de apoyo y sociales que puedan beneficiar a la población de padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral, no existen evidencias claras de las modalidades de atención que recibe esta población y la eficacia de las mismas. Sentimientos encontrados sobre el porque les está pasando esto, no solo afecta al niño, sino que, a toda una familia, que debe aprender a cuidar un niño especial. Es un gran peso que te trastoca día con día donde las madres postergan su propia salud y hasta el momento les resulta difícil hablar de la enfermedad de su hijo; esto es un indicativo que existe un problema no resuelto y que hasta el momento los está afectando y está contribuyendo a mantener un trastorno de adaptación crónico, ya que el malestar persiste a lo largo de estos años desde el momento del diagnóstico. Esta psicoterapia se enfoca en ayudar a los padres, madres y/o cuidadores a poder tener una mejor calidad de vida.

### **3.Objetivos de la Investigación**

#### **3.1 Objetivo General:**

Establecer la eficacia que tiene la Terapia Cognitiva Conductual en el trastorno de adaptación crónico y en las estrategias de afrontamiento, de padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- Determinar el nivel de adaptación o la existencia o no de un trastorno de adaptación crónico y estrategias de afrontamiento en los padres, madres y/o cuidadores con niños/as con un diagnóstico de parálisis cerebral, antes y después de la Terapia Cognitiva Conductual.
- Identificar las creencias irracionales que afectan la conducta de los padres, madres y/o cuidadores en el proceso adaptativo del diagnóstico de parálisis cerebral de sus hijos, antes y después de la Terapia Cognitiva Conductual.
- Modificar a través de la Terapia Cognitiva Conductual, los síntomas del trastorno de adaptación crónico y las estrategias de afrontamiento, de padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).
- Analizar el efecto de la terapia cognitiva conductual en el abordaje del trastorno de adaptación crónico.
- Proponer estrategias de afrontamiento a los padres, madres y/o cuidadores de pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

## **4.Población y Muestra**

### **4.1 Población Objetivo**

La población que se utilizará en la investigación es un grupo de padres, madres y/o cuidadores que asisten al Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (IPHE) de Los Santos (Las Tablas). Existen 198 estudiantes en planta en el IPHE, de Los Santos (Las Tablas). De estos sólo 13 corresponden al diagnóstico de parálisis cerebral entre las edades de 8-11 años. La selección de los mismo se realizó mediante la aplicación del cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell, La escala de modos de afrontamiento de Lazarus y Folkman y el test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso. Estos instrumentos facilitaron la selección de los pacientes ya que brindaron la información necesaria para identificar los que cumplían con los criterios de selección. De estos solamente 8 pacientes aplican divididos en 1 padre, 6 madres y 1 cuidador; los otro por motivos de trabajo no participaron, otro porque todavía le resulta difícil hablar del diagnóstico de su hijo.

### **4.2 Población Muestral**

Pacientes con el trastorno de adaptación crónico cuyos hijos presentan el diagnóstico de parálisis cerebral que asisten al Instituto Panameño de Habilidades Especial (IPHE) de Los Santos (Las Tablas); son 8 pacientes.

### **4.3 Universo del estudio**

En el Instituto Panameño de Habilidades Especial (IPHE), de Los Santos (Las Tablas); se debe indicar que los médicos diagnostican la parálisis cerebral obteniendo una historia clínica completa, revisando el desarrollo del niño y el examen del niño, prestando especial atención a los movimientos del niño. Además de la comprobación de los síntomas más comunes como el desarrollo lento, tono muscular anormal y postura inusual un médico también tiene que

asegurarse de que el niño no tiene otra cosa que podría causar síntomas similares. Tomando como punto de partida las descripciones hechas podemos decir que los niños fueron diagnosticados unos en los meses posteriores por la revisión médica y exámenes y otros por nacimiento.

Sin embargo, los padres, madres y/o cuidadores se le aplicará la terapia; tomando en consideración el trastorno de adaptación crónico, porque su factor estresante que es el diagnóstico de parálisis cerebral. Dado que la población corresponde a 8 pacientes de hijos con parálisis cerebral seleccionadas mediante criterios previos; será un diseño pre-experimental porque es llevada en un ambiente natural.

## **5.Estrategias de Investigación**

### **5.1 Tipo de Estudio**

Es Experimental, la esencia de esta concepción de experimento es que requiere la manipulación intencional de una acción para analizar sus posibles resultados. Se refiere a un estudio en que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos consecuencias) dentro de una situación de control para el investigador. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Los experimentos manipulan tratamientos, estímulos influencias o intervenciones (denominadas variables independientes) para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes) en una situación de control. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014)

### **5.2 Diseño de Investigación**

Diseño Pre-experimental, es un diseño de pre-prueba – post-prueba con un solo grupo.

El diseño en cuestión se puede ampliar con el siguiente diagrama

**G      0<sub>1</sub>      X      0<sub>2</sub>**

**G:** se refiere al grupo experimental de sujetos.

**0<sub>1</sub>:** simboliza la primera medición de los sujetos de un grupo (Test de adaptación de adulto de Hugo Bell, Escala de modos de afrontamiento y Test de Creencias Irracionales), pre-prueba previa al tratamiento.

**X:** representa el tratamiento estímulo o condición experimental (La Terapia Cognitiva Conductual para el trastorno de adaptación crónico, las estrategias de afrontamiento y las creencias irracionales).

**0<sub>2</sub>:** simboliza la segunda medición de los sujetos de un grupo (Test de adaptación de adulto de Hugo Bell, Escala de modos de afrontamiento y Test de Creencias Irracionales), post-prueba posterior al tratamiento.

El diseño pre-experimental por lo general se lleva a cabo en ambientes naturales y los grupos son de carácter natural. Tiene un grado de control mínimo en virtud de que se trabaja con un solo grupo y las unidades de análisis no son asignadas aleatoriamente al mismo, se analizan las variables y no existe la posibilidad de comparación de grupos. Adicionalmente existen muy pocas probabilidades de que el grupo sea representativo de los demás. Este tipo de diseño consiste en administrar un tratamiento o estímulo en la modalidad de pre-prueba-post-prueba. Hernández Sampieri et al. (2014).

Para este estudio se emplean pruebas estadísticas como la media y desviación estándar. La prueba de hipótesis en donde se evalúa la diferencia entre el pre-test y post-test, se utiliza la prueba de t de Student, para conocer la existencia de diferencias significativas entre las



puntuaciones del test de adaptación de Adulto de Hugo Bell, Escala de modos de afrontamiento y test de creencias irracionales previa y posterior al tratamiento psicológico.

## 6. Formulación de Hipótesis

### Hipótesis

**H<sub>1</sub>: Hipótesis alterna** La Terapia Cognitiva Conductual mejora el trastorno de adaptación crónico al igual que las estrategias de afrontamiento de los padres, madres y/o cuidadores de pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

**H<sub>0</sub>: Hipótesis nula** No hay diferencia significativa en el trastorno de adaptación crónico ni en las estrategias de afrontamiento de los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas) después de haber recibido la Terapia Cognitiva Conductual.

**H<sub>2</sub>: Hipótesis alterna** La terapia Cognitiva Conductual disminuye las creencias irracionales en los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

**H<sub>0</sub>: Hipótesis nula** Hay diferencia significativa en la disminución de las creencias irracionales de los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas), antes y después de la Terapia Cognitiva Conductual.

## 7. Variables

**7.1 Variable Dependiente:** Trastorno Adaptación, Cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell, Estrategias de Afrontamiento y Creencias Irracionales.

### 7.1.1 Indicadores

#### Trastorno de Adaptación

### **Cuestionario de Adaptación de adulto de Hugo Bell**

- Ψ Adaptación Familiar
- Ψ Adaptación de la Salud
- Ψ Adaptación Social
- Ψ Adaptación Emocional
- Ψ Adaptación Profesional
- Ψ Adaptación General o Total

### **Indicadores**

#### **Escala de Modos de Afrontamiento**

- Ψ Confrontación
- Ψ Planificación
- Ψ Distanciamiento
- Ψ Autocontrol
- Ψ Aceptación de la responsabilidad
- Ψ Evitación o huida
- Ψ Reevaluación Positiva
- Ψ Apoyo social

### **Indicadores**

#### **Creencias Irracionales**

- Ψ Necesidad de Aceptación por parte de los demás
- Ψ Altas Autoexpectativas
- Ψ Culpabilización

Ψ Intolerancia a la Frustración

Ψ Evitación del problema

Ψ Dependencia

Ψ Indefensión

Ψ Perfeccionismo

## **7.2 Variable Independiente: Terapia Cognitiva Conductual**

### **7.2.1 Indicadores**

#### **Terapia Cognitiva Conductual**

## 7.1 Definición de las variables

### Variable Independiente

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Instrumento
Variable Independiente	<p>La TCC está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conducta de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es la situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente sino más bien la forma en que ella interpreta la situación. Por lo tanto, la forma en la que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre la situación. La situación por sí misma no determina directamente como se sienten; su respuesta emocional esta mediada por su percepción de la situación. (Obst Camerini, 2008)</p>	<p>Se realizarán 14 sesiones, dos veces a la semana con una duración de una hora cada sesión.</p>	<p>El programa elaborado por la investigadora para aplicarlo a los padres, madres y/o cuidadores de niños con parálisis cerebral que asisten al IPHE, de Los santos (Las Tablas).</p>	<p>Psicoterapia Cognitiva Conductual</p>

### Variables Dependientes Operacional Trastorno de Adaptación

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Instrumento
Variable Dependiente  <b>Trastorno Adaptativo</b>	<p>El trastorno adaptativo, según el (DSM-V) son reacciones emocionales o conductuales que se presentan en los tres meses siguientes a un estresante psicosocial identificable o estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o de un acontecimiento vital estresante.</p> <p>(DSM-5 Actualizado, 2016).</p>			

<b>Cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell.</b>	Es una prueba psicotécnica de tipo proyectiva que tiene como fin explorar el grado de adaptabilidad de un examinado enfocándose en subáreas: área familiar, área de salud, área de social, área emocional y área profesional. (Bell, 2011)	<b>Adaptación Familiar</b>	<p>Los individuos que obtienen una nota elevada en esta escala tienen tendencia a estar mal adaptadas a su medio familiar. Por el contrario, las nota; bajas denotan una adaptación familiar satisfactoria.</p> <table><tr><th colspan="2">Puntos</th><th rowspan="2">Interpretación</th></tr><tr><th>Hombre</th><th>Mujer</th></tr><tr><td>0</td><td>0</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>1-3</td><td>1-2</td><td>Buena</td></tr><tr><td>4-7</td><td>3-8</td><td>Normal</td></tr><tr><td>8-14</td><td>9-14</td><td>Insatisfactoria</td></tr><tr><td>15 o más</td><td>15 o más</td><td>Muy Insatisfactoria</td></tr></table>	Puntos		Interpretación	Hombre	Mujer	0	0	Excelente	1-3	1-2	Buena	4-7	3-8	Normal	8-14	9-14	Insatisfactoria	15 o más	15 o más	Muy Insatisfactoria	Resultados del cuestionario de Adaptación del Adulto De Hugo Bell (John, 2012)
Puntos		Interpretación																						
Hombre	Mujer																							
0	0	Excelente																						
1-3	1-2	Buena																						
4-7	3-8	Normal																						
8-14	9-14	Insatisfactoria																						
15 o más	15 o más	Muy Insatisfactoria																						

		<p><b>Adaptación a la Salud</b></p>	<p>Las notas bajas indican un buen índice de salud física; las notas elevadas un mal índice de salud. Entiéndase este índice de salud en el sentido de que el sujeto haya padecido o padezca muchas o pocas enfermedades o molestias de posible origen orgánico.</p>																				
			<table><tr><th colspan="2">Puntos</th><th rowspan="2">Interpretación</th></tr><tr><th>Hombre</th><th>Mujer</th></tr><tr><td>0</td><td>0-1</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>1-2</td><td>2-3</td><td>Buena</td></tr><tr><td>3-5</td><td>4-8</td><td>Normal</td></tr><tr><td>6-8</td><td>9-14</td><td>Insatisfactoria</td></tr><tr><td>9 o más</td><td>15 o más</td><td>Muy Insatisfactoria</td></tr></table>	Puntos		Interpretación	Hombre	Mujer	0	0-1	Excelente	1-2	2-3	Buena	3-5	4-8	Normal	6-8	9-14	Insatisfactoria	9 o más	15 o más	Muy Insatisfactoria
Puntos		Interpretación																					
Hombre	Mujer																						
0	0-1	Excelente																					
1-2	2-3	Buena																					
3-5	4-8	Normal																					
6-8	9-14	Insatisfactoria																					
9 o más	15 o más	Muy Insatisfactoria																					

		<b>Adaptación Social</b>	<p>Los individuos que tienen una nota elevada tienden a ser sumisos y retraídos en su forma de contactar socialmente; los individuos con notas bajas en esta escala son dominantes en su forma de relacionarse con los demás.</p> <table><tr><th colspan="2">Puntos</th><th rowspan="2">Interpretación</th></tr><tr><th>Hombre</th><th>Mujer</th></tr><tr><td>2-5</td><td>0-5</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>6-9</td><td>6-10</td><td>Buena</td></tr><tr><td>10-16</td><td>11-17</td><td>Normal</td></tr><tr><td>17-21</td><td>18-24</td><td>Insatisfactoria</td></tr><tr><td>22 o más</td><td>25 o más</td><td>Muy Insatisfactoria</td></tr></table>	Puntos		Interpretación	Hombre	Mujer	2-5	0-5	Excelente	6-9	6-10	Buena	10-16	11-17	Normal	17-21	18-24	Insatisfactoria	22 o más	25 o más	Muy Insatisfactoria	
Puntos		Interpretación																						
Hombre	Mujer																							
2-5	0-5	Excelente																						
6-9	6-10	Buena																						
10-16	11-17	Normal																						
17-21	18-24	Insatisfactoria																						
22 o más	25 o más	Muy Insatisfactoria																						



**Adaptación  
Emocional**

Los individuos con notas elevadas tienden a ser inestables emocionalmente. Las personas con notas bajas tienden a ser estables emocionalmente.

Puntos		Interpretación
Hombre	Mujer	
0-1	0-1	Excelente
2-7	2-9	Buena
8-13	10-15	Normal
14-20	16-22	Insatisfactoria
21 o más	23 o más	Muy Insatisfactoria

		<div>Adaptación Profesional</div>	<div>Los individuos con notas altas tienden a estar descontentos en lo que concierne a su trabajo y ambiente laboral actuales. Quienes obtienen notas bajas tienden a sentirse satisfechos en lo que se refiere a su adaptación</div> <table><tr><th colspan="2">Puntos</th><th rowspan="2">Interpretación</th></tr><tr><th>Hombre</th><th>Mujer</th></tr><tr><td>0-1</td><td>0-1</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>2-5</td><td>2-5</td><td>Buena</td></tr><tr><td>6-11</td><td>6-8</td><td>Normal</td></tr><tr><td>12-18</td><td>9-11</td><td>Insatisfactoria</td></tr><tr><td>19 o más</td><td>12 o más</td><td>Muy Insatisfactoria</td></tr></table>	Puntos		Interpretación	Hombre	Mujer	0-1	0-1	Excelente	2-5	2-5	Buena	6-11	6-8	Normal	12-18	9-11	Insatisfactoria	19 o más	12 o más	Muy Insatisfactoria
Puntos		Interpretación																					
Hombre	Mujer																						
0-1	0-1	Excelente																					
2-5	2-5	Buena																					
6-11	6-8	Normal																					
12-18	9-11	Insatisfactoria																					
19 o más	12 o más	Muy Insatisfactoria																					

		<b>Adaptación Total</b>	<p>El área total se obtiene sumando los resultados de todas y cada una de las áreas o sub-área en referencia.</p> <table><tr><th colspan="2">Puntos</th><th rowspan="2">Interpretación</th></tr><tr><th>Hombre</th><th>Mujer</th></tr><tr><td>0-15</td><td>0-15</td><td>Excelente</td></tr><tr><td>16-26</td><td>17-31</td><td>Buena</td></tr><tr><td>27-42</td><td>25-35</td><td>Normal</td></tr><tr><td>43-55</td><td>46-65</td><td>Insatisfactoria</td></tr><tr><td>56 o más</td><td>66 o más</td><td>Muy Insatisfactoria</td></tr></table>	Puntos		Interpretación	Hombre	Mujer	0-15	0-15	Excelente	16-26	17-31	Buena	27-42	25-35	Normal	43-55	46-65	Insatisfactoria	56 o más	66 o más	Muy Insatisfactoria	
Puntos		Interpretación																						
Hombre	Mujer																							
0-15	0-15	Excelente																						
16-26	17-31	Buena																						
27-42	25-35	Normal																						
43-55	46-65	Insatisfactoria																						
56 o más	66 o más	Muy Insatisfactoria																						

### Variable Dependiente Operacional Estrategia de Afrontamiento

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Instrumento
<b>Variable Dependiente</b>	Definimos la estrategia de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositoras o excesivas para los recursos de las personas, este manejo debe medirse aislado de sus resultados, de forma que la efectividad de cada estrategia de manejo pueda ser apropiadamente evaluada. La eficacia depende del tipo de persona, el tipo de amenaza,	<b>Confrontación</b>	Intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas, o potencialmente arriesgadas.	Test Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.
<b>Estrategias de Afrontamiento</b>		<b>Planificación</b>	Pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.	
		<b>Distanciamiento</b>	Intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.	
		<b>Autocontrol</b>	Esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales	

	<p>el escenario del encuentro estresante y la modalidad del resultado, es decir, el bienestar, el funcionamiento social o la salud somática subjetiva. (Lazarus, 2000)</p>	<p><b>Aceptación de la responsabilidad</b></p> <p><b>Escape-evitación</b></p> <p><b>Reevaluación positiva</b></p> <p><b>Apoyo social</b></p>	<p>Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.</p> <p>Empleo de un pensamiento irreal improductivo (p. ej., «Ojalá hubiese desaparecido esta situación») o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.</p> <p>Percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.</p> <p>Describe los esfuerzos para buscar apoyo social. (Orientación, asesoramiento, consejo, etc.) (Vásquez Valverde, Crespo López, &amp; Ring, 1994)</p>	
--	--	--	--	--

### Variable Dependiente Operacional Creencias Irracionales

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Operacional	Instrumento
Variable Dependiente  Creencias Irracionales	Lo advertido por Ellis fue que las personas se mostraban convencidas, sin lugar a dudas, de ciertas cosas que afirmaban vehementemente, sin tener bases lógicas o empíricas que las avalasen y resultado finalmente ser estas las causas de trastornos. Se diferencian de las racionales en dos características: 1° son absolutas (o dogmáticas) por naturaleza y se expresan en términos de “Tengo que”, “Debo”, “Debería”, “Estoy obligado a”, etc. y 2° en que provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas (por ej. depresión, ansiedad, culpabilidad, miedo) (Obst Camerini, 2008).	<b>Necesidad de aceptación</b>  <b>Altas Autoexpectativas</b>  <b>Culpabilización</b>  <b>Intolerancia a la frustración</b>	<p>Necesidad de que las personas significantes aprueben sus actos lo estimen.</p> <p>Obsesividad por cumplir metas perfeccionistas atribuyendo su valor personal al alcance de las mismas.</p> <p>Frustración ante la idea de que todas las personas ruines y malvadas deben ser severamente castigadas.</p> <p>Horror y frustración ante el incumplimiento de</p>	Test de Creencias Irracionales abreviado de Calvete y Cardeñoso 1990.

			<p>situaciones que se hayan planificado con anticipación.</p> <p>Atribuir la infelicidad a causas externas e incapacidad para modificar emociones perturbadas.</p> <p>Evitación de situaciones de peligro o amenazantes a cualquier precio.</p> <p>Evitación de dificultades y responsabilidades en lugar de enfrentarlas lo que no permitirá una resolución racional de problemas.</p> <p>Pérdida de individualismo, autoexpresión e independencia</p>	
		<p><b>Preocupación y ansiedad</b></p> <p><b>Irresponsabilidad Emocional</b></p> <p><b>Evitación de problemas</b></p> <p><b>Dependencia</b></p> <p><b>Indefensión</b></p>		

		<b>Perfeccionismo</b>	<p>Se vive bajo esclavitud del pasado ya que este siempre influirá en el presente.</p> <p>Preocupación excesiva por las circunstancias de los demás a que no se está de acuerdo con su forma de actuar.</p>	
--	--	-----------------------	---	--



## **8. Método de Selección de Participantes**

### **8.1 Criterios de Inclusión**

El estudio estuvo conformado por los participantes que reunieron las siguientes características:

El hijo debía ser diagnosticado con parálisis cerebral.

Asistir al IPHE de Los Santos (Las Tablas).

Ser diagnosticado con Trastorno de adaptación crónico, no contar con estrategias de afrontamiento y disfunciones cognitivas.

Que tenga la disposición de recibir el tratamiento psicoterapéutico de 14 sesiones.

### **8.2 Criterios de Exclusión**

Los criterios para excluir son los siguientes:

No presentar el trastorno de adaptación crónico.

Presentar síntomas depresivos, pero no cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-V.

No asistir al IPHE de Los Santos (Las Tablas).

Recibir cualquier otro tratamiento psicoterapéutico.

No desear participar voluntariamente al programa.

## **9. Instrumentos y Técnicas de Medición**

### **9.1. La entrevista Conductual**

Para dicha investigación se realizará una entrevista estructura, de Reynoso-Erazo (2005). Aunque existen muchas definiciones de entrevista, aquí nos inclinaremos por una en especial.

La entrevista clínica es el mejor método para obtener información acerca del problema del paciente, es el aspecto más importante del procedimiento clínico total, en la cual tiene que

obtenerse la información que sea más relevante, así como tomarse las decisiones que implicarán importantes cambios a corto y largo plazo para el paciente; se espera que la calidad y los resultados de la entrevista sean cruciales para fomentar la motivación del paciente y resolver su problema, por lo que se vuelve un instrumento fundamental para lograr una relación terapéutica constructiva. Tiene la capacidad de generar información tanto histórica como del momento actual relacionadas a las áreas problema que pretendemos evaluar Reynoso-Erazo (2005).

Generalmente en la entrevista conductual se toman en cuenta cuatro áreas fundamentales relacionadas a aspectos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales, relacionando en estas áreas tanto al paciente como a su familia y al entorno social. En otras palabras, hacia dónde debemos dirigir nuestras preguntas y qué esperamos que nos conteste el paciente con el fin de resolver su problema.

## **9.2. La observación:**

Es la comprobación del fenómeno que se tiene frente a la vista, con la preocupación de evitar y precaver los errores de la observación que podrían alterar la percepción de un fenómeno o la correcta expresión del mismo. En tal sentido, el observador se distingue del testigo ordinario, ya que este último no intenta llegar al diagnóstico, además son muchos los sucesos que le pasan desapercibidos.

## **9.3. Cuestionario de Adaptación para Adulto de Hugo Bell:**

Cuestionario de Adaptación para adulto de Hugo Bell, ha sido elaborado para ser aplicado tanto en adulto como en adolescentes, en cada caso con un cuestionario diferente (Bell, 2011).

El cuestionario de adaptación para adultos, está formado por 160 cuestiones o problemas que el sujeto debe contestar con Si, con No, con?. Cuando la respuesta es dudosa o no puede contestar.

Es una prueba psicotécnica de tipo proyectiva que tiene como fin explorar el grado de adaptabilidad de un examinado, enfocándose en 5 subáreas:

Área Familiar

Área Social

Área de Salud

Área Emocional

Área Profesional

El resumen de las áreas mencionadas nos ilustra con respecto al grado de adaptabilidad en forma total relacionada con el ambiente en el que se desenvuelve y los aspectos mencionados.

Su estructura consta de 160 cuestiones o problemas que el sujeto debe contestar con SI, con NO. Clasificación: existe un grupo de ítems o cuestiones que sirven para determinar el grado de adaptabilidad del sujeto en cada una de las áreas. Indistintamente se espera que el sujeto haya contestado con SI o con NO, en caso de que las respuestas coincidan con la clave establecida se asignará un punto a dicha respuesta, para luego sumar en cada área el número de respuestas que coincidan.

El puntaje total obtenido, nos servirá para comparar con las normas establecidas. El área total se obtiene sumando todas y cada una de las áreas o sub-áreas en referencias. (Las respuestas marcadas con interrogantes no las tomamos en cuenta para la calificación).

**Interpretación:** existen normas tanto para varones como para mujeres y en cada grupo de acuerdo al nivel cultural que puede ser elemental o superior.

**Elemental:** sujetos que hayan terminado la instrucción primaria.

**Superior:** sujetos que hayan continuado la instrucción secundaria o superior.

Las normas establecidas en la estandarización del test se aplican a los resultados obtenidos en la calificación y nos proporcionarán una apreciación muy aceptable referida a la adaptación del investigado. (Bell, 2011).

### **9.3.1 Áreas Medidas por el Inventario: Descripción e Interpretación**

#### **1. Adaptación Familiar**

Es el proceso mediante el cual el individuo se ajusta a su medio familiar. Mide su grado de satisfacción con su propio grupo familiar y su situación en él. En síntesis, esta área da un indicio de la naturaleza y el grado de las relaciones interpersonales de la familia, los individuos que obtienen una nota elevada en esta escala tienden a estar mal adaptados a su medio familiar, por el contrario, los puntajes bajos indican una adaptación familiar satisfactoria.

#### **2. Adaptación a la Salud**

La serie de preguntas contenida en esta área ayuda a determinar cuál es la percepción que el sujeto tiene de su salud física y, por lo tanto, no proporciona un índice de estabilidad real de salud de la persona, sino únicamente su apreciación subjetiva. El contenido de las preguntas de esta área sugiere que además de la exploración de los antecedentes médicos (problemas de salud), se trata de establecer la existencia de problemas de origen psicosomático. Los individuos con puntajes elevados indican una percepción insatisfactoria de la propia salud, un puntaje bajo indica un buen índice de salud física o percepción satisfactoria y las altas notas elevadas un mal índice de salud. Entiéndase este índice de salud en el sentido de que el sujeto haya padecido o padezca muchas o pocas enfermedades o molestias de posible origen orgánico.

#### **3. Adaptación Social**

Es el proceso mediante el cual una persona se ajusta adecuadamente a su medio social. El inventario proporciona información sobre la manera como el sujeto considera sus relaciones

sociales y su forma de reaccionar ante las mismas; es decir, si es tímido, retraído y sumiso en sus contactos sociales o si, por otro lado, es socialmente expansivo. Las preguntas específicas de estas áreas se orientan hacia el grado en que la persona tenga facilidad de participar en actividades sociales o si, por el contrario, tiende a sentirse cohibido y tímido; de hecho, implica su tendencia a ser extrovertido o introvertido. También refleja la agresividad o pasividad que la persona adopta

en situaciones sociales. Los puntajes altos en esta escala, indican que las personas son sumisas, retraídas o introvertidas socialmente. Los puntajes bajos indican tendencia a la agresividad y extroversión en los contactos sociales.

#### **4. Adaptación Emocional**

Es el grado de estabilidad, autodominio de los impulsos y contrariedades internas y de ajuste armonioso que posee cada individuo ante el ambiente que lo rodea. La serie de preguntas que el inventario tiene para detectar los problemas emocionales se basa en la exploración de los sentimientos del sujeto en los diversos momentos de su vida y en los distintos ambientes en que se desenvuelve. Los individuos con puntajes elevados tienden a ser inestables emocionalmente, mientras que los que obtienen puntajes bajos tienden a una mayor estabilidad. En forma implícita, los puntajes elevados que reflejarían un ajuste insatisfactorio, podrían ser indicadores de reacciones neuróticas.

#### **5. Adaptación Profesional**

Las preguntas que el inventario tiene a detectar problemas en el ajuste laboral y el medio ambiente en el que se desenvuelve. Los individuos con notas altas tienden a estar descontentos en lo que concierne a su trabajo y ambiente laboral actuales. Quienes obtienen notas bajas tienden a sentirse satisfechos en lo que se refiere a su adaptación profesional. (Bell, 2011)

## **6. Adaptación General o Total**

Para Hugo Bell, es el resultado de las apreciaciones de las áreas exploradas en el cuestionario de adaptación para adulto, que resumen el grado de ajuste o desajuste de los padres, madres y/o cuidadores con hijos con parálisis cerebral. Un puntaje alto indica un ajuste insatisfactorio o muy insatisfactorio, un puntaje bajo refleja un ajuste bueno o excelente según el caso. Básicamente este índice que es la sumatoria de las áreas antes mencionadas, sintetiza y promedia el grado de ajuste o desajuste en el funcionamiento global de los pacientes.

### **9.3.2 Utilidad del cuestionario**

El cuestionario sirve para aplicarlo en adultos en situaciones de consejo psicológico o situaciones similares, siempre y cuando los presuntos problemas personales del cliente caigan en cualquiera de las categorías incluidas en el test. Sirve para ambos sexos. La alta fidelidad de cada una de las medidas permite establecer comparaciones entre unos y otros individuos. Como el cuestionario mide cinco sectores distintos es posible localizar las dificultades de adaptación en un determinado campo (Bell, 2011).

## **9.4. Escala de modos de afrontamiento de Lazarus**

Esta escala es posiblemente el instrumento más popular para el estudio del afrontamiento, ya que ha sido desarrollada por los autores “clásicos” del tema: R. S. Lazarus y S. Folkman. Los autores, aunque reconocen las limitaciones de los autoinformes, consideran que sus bondades superan sus deficiencias, por lo que defienden el uso de este tipo de métodos. Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno (Lazarus y Folkman, 2012).

Elaboraron una metodología consistente en pedir al sujeto que reconstruya una situación estresante y responda lo que sintieron, pensaron e hicieron. Para ello elaboraron una lista de “modos de afrontamientos” que puede ser auto o heteroadministrada.

Los ítems que integran esta lista proceden de diversos estudios, tanto de otros autores, como Lazarus y su equipo. Además de contener ítems relacionados con las funciones básicas de afrontamiento (regulación emocional y solución del problema), contiene otros relativos a cuatro formas básicas de afrontamiento: acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y una categoría compleja designada por los autores como afrontamiento intrapsíquico o cognitivo. Aunque el análisis factorial corroboraba inicialmente este enfoque, Lazarus y Folkman son reacios a calificar de una forma rígida los afrontamientos, en el sentido de considerarlos dirigido a la solución del problema o a la regulación emocional, ya que cualquier estrategia concreta puede cumplir con ambas funciones. (Lazarus y Folkman, 2012)

### **Descripción:**

El instrumento consta de 67 índices; cada uno de los cuales se responde de acuerdo con los criterios siguientes; en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó como describe cada uno de ellos. Se otorgan las siguientes puntuaciones:

0 = En absoluto

1 = En alguna medida

2 = Bastante

3 = En gran medida

Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en ocho sub-escalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la

que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

(Lazarus y Folkman, 2012)

Las ocho estrategias propuestas por Lazarus y Folkman están contenidas en estas sub escalas.

**1. Confrontación:** Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.

**2. Planificación:** describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para solucionar el problema. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.

**3. Aceptación de la responsabilidad:** Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices 9, 25, 29 y 51.

**4. Distanciamiento:** Describe los esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44.

**5. Autocontrol:** Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala está conformada por los índices 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.

**6. Re evaluación positiva:** Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.

**7. Escape o evitación:** Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de distanciamiento, que sugieren separación. Está compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.



**8. Búsqueda de apoyo social:** Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices 8, 18, 31, 42 y 45.

**Validez y utilidad:** La validez de esta escala para evaluar el afrontamiento está íntimamente relacionada en primer término, con la forma en que se aplica y con las pretensiones y presunciones del examinador con respecto a los resultados obtenidos.

Los propios autores resaltan la importancia de aplicar la escala para evaluar el afrontamiento en contextos y situaciones específicas, por lo tanto, es un error (que se comete con bastante frecuencia) usarla para caracterizar estilos generales de afrontamiento. Por otra parte, la propia forma en que está concebida y construida la escala no requiere de este tipo de datos, ya que no se pretende comparar a un sujeto con un grupo con respecto a una cualidad concreta (o sea, la escala no ha sido concebida para informar acerca de cuán "centrado en la acción" es un sujeto en comparación con otro), sino como un instrumento que ayuda a caracterizar las estrategias específicas que una persona ha utilizado ante determinadas demandas.

Enfocada de una manera, haciendo un análisis cualitativo de las respuestas del sujeto, es válida como una auxiliar en el diagnóstico. (Lazarus y Folkman, 2012).

### **9. 5. Test de Creencias Irracionales (VERSIÓN CORREGIDA Y ABREVIADA)**

A continuación, se presentan una serie de ideas acerca de diversos aspectos de la vida. Deberá indicar en qué medida describen su forma de pensar habitual con la siguiente clave de acuerdo:

TD= Totalmente en desacuerdo

BD= Bastante en desacuerdo

AD= Algo en desacuerdo

AA= Algo de acuerdo

BA= Bastante de acuerdo

TA= Totalmente de acuerdo

**Interpretación:** tras contestar el test anterior y calcular la puntuación para cada una de las creencias sumando los puntos correspondientes a cada frase, compare sus puntuaciones con los datos que se ofrecen en la siguiente tabla. (Calvete & Cardeñoso, 2012)

	VALORES MAS FRECUENTES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS
NECESIDAD DE APROBACION	Entre 25 y 29
ALTAS EXPECTATIVAS	Entre 21 y 24
CULPABILIZACION	Entre 17 y 23
IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	Entre 24 y 30
DEPENDENCIA	Entre 17 y 21
INDEFENSION	Entre 13 y 18
PERFECCIONISMO	Entre 13 y 17

El cuestionario de creencias irracionales. Se utilizó el cuestionario de creencias irracionales versión corregida y abreviada, según Calvete, E. y Cardeñoso, O. los cuales afirman que sirven para identificar las creencias irracionales que la persona manifiesta acerca de diversos aspectos de la vida. El cuestionario está conformado por una serie de preguntas, las cuales el sujeto debe

contestar de acuerdo a su forma de pensar habitual. La duración de la prueba es de 30 minutos y puede ser grupal o individual (Calvete & Cardeñoso, 2012).

Cada respuesta tiene un valor de uno a seis puntos se suma según el valor marcado por el sujeto y así lograr tener un valor general del cuestionario, el cual cuenta con 10 ítems en cada área de las siete ideas irracionales. Respecto a la calificación se calculó el punteo de cada sujeto en las diferentes áreas y se agrupo conforme a la tendencia central. Por último, se toman los puntos correspondientes de cada frase y se interpretan cada una de ellas. (Calvete & Cardeñoso, 2012)

Pre-Test De Creencias Irracionales (Versión Corregida y Abreviada), mide cada una de los factores siguientes que se interpretan de la siguiente manera:

**1. Factor de Necesidad de Aceptación por parte de los demás.**

Este factor nos indica como el sujeto se percibe en sus relaciones con las demás y el deseo por agradar en la sociedad donde se desenvuelve. La persona que puntúa alto en este factor cree que necesita tener el apoyo y aprobación de las otras personas.

**2. Factor Altas Auto-expectativas**

Las expectativas de los seres humanos se miden en base a como deseamos o establecemos nuestras metas en la vida desde diferentes ámbitos ya sea familiar, social y laboral. Las puntuaciones altas indican que la persona cree que debe tener éxito y ser completamente competente en todo lo que hace y que otorga su valor como persona basándose en sus logros.

**3. Factor Tendencia a Culpabilizar**

El ser humano por naturaleza tiende a cometer errores; y el castigo o la culpa solo refuerzan los errores. El pensamiento irracional consiste en creer que las personas, incluyéndose a uno mismo, merecen ser culpadas y castigadas por sus errores o malas acciones.

#### **4. Factor Control Emocional**

La necesidad por parte de las personas por buscar la felicidad, mantenerla a toda costa por el miedo a la soledad contribuye con el desespero y la ansiedad. La persona que puntúa alto cree que tiene poco control sobre su infelicidad u otras emociones negativas; piensa que todo está causado por otras personas o sucesos.

#### **5. Factor Evitación de Problemas**

Evitar o abandonar determinadas actividades o situaciones por ser desagradables solo acarea consecuencias negativas para la persona. Se refiere a la creencia de que es mucho más fácil evitar ciertas dificultades/ responsabilidades y, en su lugar, realizar actividades que sean más agradable.

#### **6. Factor Dependencia de Otros**

Consiste en creer que se debe disponer siempre de alguien más fuerte en quien apoyarse y sentirse incapaz de adoptar decisiones propias. Llevando al ser humano a depender más de los demás y dejando de ser uno mismo.

#### **7. Factor Indefensión acerca del cambio**

A medida que en la historia de la vida las personas que utilizan la misma forma la solucionar los problemas se encuentran que los futuros son incapaces de solucionar los conflictos y sin aprender nuevos métodos de resolver las dificultades. La persona con puntuación alta en este factor cree que lo que le sucede actualmente es el resultado de su historia pasada y poco puede hacer superar los problemas.

## **8. Factor Perfeccionismo**

No existe seguridad ni perfección en el mundo estas solo generan problemas de ansiedad en el ser humano. El cual consiste en creer que todos los problemas tienen una solución perfecta y que uno no puede sentirse feliz o satisfecho hasta que encuentre tal solución.

### **9.6 La terapia cognitiva conductual**

La Terapia Cognitiva Conductual de Beck, es una forma de tratamiento basada en evidencia experimental que se orienta hacia el problema, generalmente de corta duración, se encuentra basada en hallazgos de investigación y procura que las persona realicen cambios y alcancen metas específicas. Las personas pueden aprender nuevas formas de actuar, aprender a expresar sentimientos, formas de pensamiento, formas de desarrollo y formas de afrontamiento Reynoso-Erazo (2005).

Utilizaremos la Terapia Cognitiva Conductual de Beck, como el tratamiento más adecuado para el Trastorno de Adaptación Crónico. Ya que diversos estudios determinan que la terapia realizada por Aaron Beck, es el mejor tratamiento para la adaptación, debido a que es estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas pensamiento y las conductas disfuncionales.

La terapia Cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos. Desde el comienzo identifica su pensamiento presente, sentimientos de tristeza y su comportamiento. El terapeuta trata de discriminar los factores desencadenantes que influyen en las percepciones del paciente.

La terapia cognitiva destaca el presente. Suele comenzar con un examen del aquí y ahora; para ayudarnos a entender cuando empezaron las perturbaciones disfuncionales del paciente.

Consta de 14 sesiones estructuradas; no importa cuál sea el diagnóstico el terapeuta tiende a armar una estructura para cada sesión.

El objetivo consiste en que la terapia cognitiva conductual ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.

Los temas a tratar son los síntomas identificados en los pacientes, sus creencias. Instruir al paciente respecto de las imágenes suele contribuir a la reducción de la angustia y torna más probable la identificación de ellas. (Beck, 2000, pág. 276).

Dentro de las terapias cognitivas existen una serie de puntos que deben trabajarse con los pacientes:

- La preocupación no tiene función profiláctica.
- No interpretar como catástrofe cualquier situación que no se presenta como uno quería.
- Todo mundo debe tratar de adquirir un grado de independencia en lugar de depender de otra persona.
- Casi ningún caso de desdicha se debe a hechos externos, sino a los pensamientos internos.
- Con preocuparse por los peligros en acecho y meditar sobre la posibilidad de que se produzcan hechos temidos no se evitan las situaciones desagradables.
- La historia de un individuo ha ejercido influencias sobre su conducta presente. Pero no tiene por qué seguir dirigiéndola ni afectándola.
- La actitud constante de elegir siempre el camino fácil, evitando dificultades y responsabilidades suele llevar a la indolencia, a los temores y al aburrimiento.
- No sirve de nada preocuparse por los problemas ajenos.

- Quien se pone como meta la perfección o el control absoluto de las exigencias de la vida suele sumergirse en el pánico y en la ineficiencia.
- Hay que corregir los errores pasados para que las respuestas futuras sean más pro-sociales.
- No es indispensable contar con el amor y la aprobación de todas las personas que para el sujeto son importantes. Lo principal es enseñar a la gente a separar lo deseable de lo necesario.
- Es conveniente no auto valorarse sobre la base de la suficiencia, las aptitudes y los logros externos. Se debe destacar la diferencia entre aspirar a diversos logros que brinden placer y recompensas y obligarse a sobresalir por el solo hecho de sobresalir Reynoso-Erazo (2005).

#### **10. Procedimiento estadístico:**

El procedimiento estadístico a utilizar será la t de student, se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal pero el tamaño muestral es pequeño como para que el estadístico en el que está basada la inferencia esté normalmente distribuido, utilizándose una estimación de la desviación típica en lugar del valor real ya que la muestra seleccionada es menor de 50 y es la que nos permite realizar el estadístico (Prueba t Student, 2016).

La prueba estadística t de Student para muestras dependientes es una extensión de la utilizada para muestras independientes. De esta manera, los requisitos que deben satisfacerse son los mismos, excepto la independencia de las muestras; es decir, en esta prueba estadística se exige dependencia entre ambas, en las que hay dos momentos uno antes y otro después. Con ello se da a entender que, en el primer período, las observaciones servirán de control o testigo, para conocer los cambios que se susciten después de aplicar una variable experimental.

Con la prueba t se comparan las medias y las desviaciones estándar de grupo de datos y se determina si entre esos parámetros las diferencias son estadísticamente significativas o si sólo son diferencias aleatorias. (Prueba t Student, 2016).

## **11. Alcance de la Investigación**

### **11.1 Proyección**

Esta investigación llevo como propósito, demostrar que la Terapia Cognitiva Conductual resulta efectiva para disminuir significativamente los síntomas estresores en este caso el diagnóstico de parálisis cerebral que influyen directamente sobre el trastorno de adaptación crónico. Las expectativas consisten en mejorar la calidad de vida de los padres, madres y/o cuidadores estableciendo mejores estrategias de afrontamiento, ante las situaciones que se le presente con la enfermedad de su hijo y aprender a identificar los pensamientos distorsionados tomando el control de los mismos y que esos no lo definen, sino que con el cuestionamiento socrático puede influir en su conducta actualmente. Que los recursos y técnicas cognitivas y conductual que aprendió lo fortalecerán en gran medida a mejorar su vida. Así mismo poder extender el estudio a otras instituciones del IPHE y aplicar el tratamiento no solo a una población en especial sino a todos los padres que están atravesando por una situación similar o con otro tipo de diagnóstico.

### **11.2 Limitaciones**

Se tuvo que volver a buscar una muestra poblacional ya que inicialmente se realizaría en el IPHE de Chitré, pero al final ciertos niños enfermaron, otro falleció, otro no deseo participar, otro se mudó; debido a eso se necesitó buscar otra institución donde realizar el programa psicoterapéutico.



No se contaba con el tiempo disponible de algunos padres, madres y/o cuidadores ya que algunas veces debían viajar a citas médicas que tenían sus hijos en Panamá. Por lo que fue necesario reprogramar las sesiones psicoterapéuticas.

La aplicación del Cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell, la Escala de Modos de afrontamiento y el test de creencias irracionales tomo algo de tiempo ya que ellos tenían horarios diferentes al asistir al IPHE, unos iban los lunes y otros jueves; y resultaba agotar para ellos los tres test el mismo día.

La hospitalización por parte de algunos niños hizo que se reprogramara, las sesiones de psicoterapia.

La hospitalización de una madre contribuyo a reprogramar la psicoterapia.

Cuando era las vacaciones de medio año fue necesario volver a reprogramar las sesiones.

El cierre del puente de la Villa de Los Santos, causo que se reprogramaran las sesiones.

Las actividades y reuniones del planten oblijo a reprogramar las sesiones.

Inicialmente era 13 padres de familias, pero tres de ellos no pudieron por el horario de sus trabajos; uno no deseaba participar y tuvo que trasladarse a otra provincia.

## **12. Procedimiento**

El primer paso fue escoger el tema de investigación.

Posterior se inicia a la búsqueda de antecedentes o información teórica o bibliográfica que respaldara y fundamentara nuestra investigación a la vez de apoyo al marco teórico.

Se establece el planteamiento del problema, los objetivos, hipótesis, diseño de investigación entre otros aspectos que forman parte de la metodología de investigación.

Se realiza las diligencias correspondientes a la institución, para conocer la muestra poblacional que formara parte de nuestro estudio.

Se elaboró el anteproyecto de investigación la cual fue elevada a las instancias correspondientes para proceder a obtener el código de investigación y así dar inicio a nuestro estudio.

Se solicitó el permiso al IPHE de Los Santos (Las tablas), en especial a la directora de la escuela sobre el estudio que deseábamos realizar y sobre utilizar las instalaciones para poder realizar la psicoterapia con los padres, madres y/o cuidadores. Además de la colaboración de los maestros de los niños.

Se estableció un rapport con los padres, madres y/o cuidadores; para poder realizar la entrevista y aplicar los test.

Se obtuvo el consentimiento de los padres, madres y/o cuidadores; para la aplicación de los test y la entrevista.

Se aplicaron los cuestionarios y test a los padres, madres y/o cuidadores.

Se aplicó la Terapia cognitiva Conductual a los pacientes.

Los resultados de la investigación fueron analizados, interpretados y graficados.

El trabajo de investigación concluye con las conclusiones y recomendación.

**CAPITULO III**  
**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El propósito de nuestra investigación era saber el efecto que tenía la Terapia Cognitiva Conductual, en el trastorno de adaptación crónico de los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral; que asisten al IPHE de Los Santos (Las Tablas), considerando las variables el trastorno adaptativo crónico, las estrategias de afrontamiento y las creencias irracionales (VD) y la psicoterapia (VI) para así poder darle una explicación a nuestros objetivos, seleccionando una muestra de 8 pacientes.

### **1.1 Análisis descriptivo y sociodemográfico de los pacientes que participaron en la investigación.**

A pesar que el aspecto demográfico de los pacientes no fue tomado en consideración dentro de los objetivos y variables de la investigación, es importante destacarlos para tener un marco de referencia amplio de nuestra población muestral.

Nos encontramos entre pacientes que oscilan en un rango de edades de 25 a 37 años, el 50% se encuentra entre 25 y 28 años de edad y el otro entre 30 y 37 años de edad. Lo cual nos indica que es una población relativamente joven.

En la distribución del sexo masculino y femenino los participantes de la Psicoterapia Cognitiva Conductual, para el trastorno adaptativo crónico son mujeres un 90% y solamente un 10% paciente pertenece al sexo masculino. En el cuadro N<sup>o</sup> 1 y 2 se contrasta y visualizan las respectivas edades y sexo.

**Cuadro N°1****Distribución de la muestra de 8 sujetos en porcentaje por sexo**

	Hombre	Mujeres
Porcentaje	12%	88%

**Fuente:** Resultados de la ficha personal aplicada a los padres con hijos de parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tabla.

**Descripción**

Se puede observar una preponderancia del sexo femenino sobre el masculino, lo que significa que la madre y/o cuidadora, asiste con mayor frecuencia al niño en sus cuidados. Solamente uno del sexo masculino desarrolla un rol de cuidado y asistencia de su hijo, en el IPHE Los Santos (Las Tablas).

**Cuadro N°2****Distribución de la muestra 8 sujetos en porcentaje por edades.**

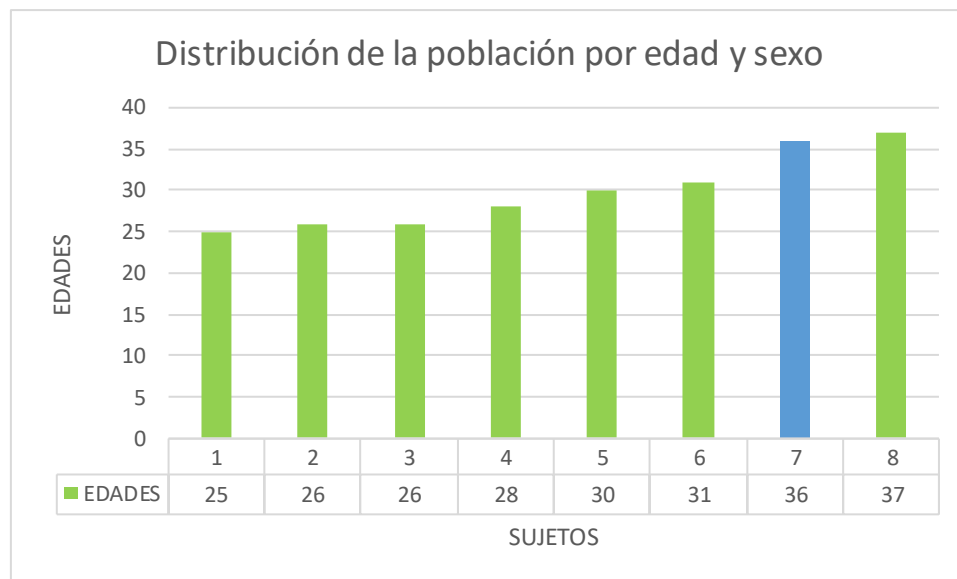
Frecuencia	Edad	Porcentaje
1	25	12.5%
2	26	25%
1	28	12.5%
1	30	12.5%
1	31	12.5%
1	36	12.5%
1	37	12.5%

**Fuente:** Resultados de la ficha personal aplicada a los padres con hijos de parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas)

**Descripción**

Edad promedio de los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral, que asisten al IPHE de Los Santos (Las Tablas), según el cuadro es de 26 años de edad, en un rango de 25 a 37 años de edad.

Esta población de padres, madres y/o cuidadores es joven.

**Gráfica 1****Distribución de la población por edad y sexo.**

**Fuente:** Resultados obtenidos por el investigador.

En esta grafica se observa la distribución de la población por sexo y edad de cada paciente que recibió la psicoterapia cognitiva conductual; para tratar el trastorno adaptativo crónico de pacientes con hijos con parálisis cerebral.

**Cuadro N°3**

**Información sociodemográfica de los pacientes que recibieron el tratamiento  
psicoterapéutico.**

Paciente	Edad	Escolaridad	Sexo	Situación económica	Estado civil	Reside con
1	25	6to año	F	Baja	Casada	Suegra, esposo e hijos
2	26	5to grado	F	Muy Baja	Casada	Esposo e Hijos
3	26	6to grado	F	Muy Baja	Unida	Esposo e Hijos
4	28	3er año	F	Muy Baja	Unida	Padre, esposo e hijos
5	30	6to año	F	Muy Baja	Separada	Hijo
6	31	1er grado	F	Baja	Separada	Madre, hermana e hijo



7	36	6to grado	M	Baja	Casado	Esposa e hijo
8	37	6to año	F	Baja	Casada	Esposo e hijos

Fuente: Resultados obtenidos por el investigador.

## 1.2 Análisis sociodemográfico de los pacientes que recibieron el tratamiento psicoterapéutico.

En este cuadro N° 3 podemos observar la distribución por escolaridad, situación económica, estado civil y apoyo de sus familiares, que recibieron el tratamiento psicoterapéutico.

En este cuadro se pudo conocer el grado de escolaridad de los pacientes solamente un 38% alcanzaron el nivel de media de educación. Un 12% solo un paciente llego a los niveles de pre-media de educación. El 50% de los pacientes solo llego a los niveles primarios de educación.

La situación económica de estos pacientes es muy difícil ya que se encuentran en una situación muy baja de un 50% y baja de 50%; ellas no trabajan por que se dedican las 24 horas al cuidado de sus hijos; y sus esposos tienen trabajos de muy poca paga. Es bueno resaltar que para poder llevar a sus hijos a el IPHE debe ser en el bus de la escuela ya que con su situación económica les resulta imposible llevarlos en taxi por el costo del transporte.

En el cuadro N° 3 se puede observar el estado civil de los pacientes, un 50% está casado, de ellos solamente un 25% esta unidos y el otro 25% están separados.

Por otro lado, el apoyo de los familiares con que recibe solamente un 50% viven con su pareja e hijos. Otro dato significativo es que solamente un paciente vive con su suegra, esposo e hijos

representa el 12.5%; el otro 12.5% vive con su padre, esposo e hijos; un 12.5% vive con su madre, hermanas e hijos y solamente una paciente vive solo con su hijo representando al 12.5%.

Debemos indicar que en la familia es donde se recibe el mayor apoyo emocional, afecto y a su vez ayuda económica. Lo cual le resulta muy difícil a este paciente porque vive solo con su hijo.

### Cuadro N°4

**Puntaciones del Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell resultados obtenidos por los pacientes antes y después de recibir el tratamiento psicoterapéutico TCC.**

[illegible]

Área	6	63	5	71	2	36	6	67	6	54	3	45	5	39	4	54
Total	3		2		9		8		5		4		0		8	
R E S U L T A D O S	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos	Pre	Pos
	I	t	I	t	B	t	M	t	I	t	N	t	I	t	I	t
	N	I	N	M	U	N	U	M	N	I	O	I	N	N	N	I
	S	N	S	U	E	O	Y	U	S	N	R	N	S	O	S	N
	A	S	A	Y	N	R		Y	A	S	M	S	A	R	A	S
	T	A	T		A	M	I		T	A	A	A	T	M	T	A
	I	T	I	I		A	N	I	I	T	L	T	I	A	I	T
	S	I	S	N		L	S	N	S	I		I	S	L	S	I
	F	S	F	S			A	S	F	S		S	F		F	S
	E	F	E	A			T	A	E	F		F	E		E	F
	C	E	C	T			I	T	C	E		E	C		C	E
	H	C	H	I			S	I	H	C		C	H		H	C
	A	H	A	S			F	S	A	H		H	A		A	H
		A		F			E	F		A		A				A
				E			C	E								
				C			H	C								
				H			A	H								
				A				A								

**Fuente:** Resultados obtenidos de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de adaptación para adulto de Hugo Bell.

### **1.3 Análisis de los puntos obtenidos en el Cuestionario de Adaptación de Adulto de Hugo Bell antes y después de recibir la TCC.**

En este cuadro N° 5 observamos los resultados obtenidos del cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell por los pacientes que recibieron la psicoterapia TCC; los resultados del pre test nos indican que solamente un 12.5 % su adaptación es buena, otro 12.5% su adaptación es normal y un 62.5% es insatisfecha su adaptación y por ultimo un 12.5% es muy insatisfecha. Después de recibir la terapia cognitiva conductual el post test; nos indica un 25% su adaptación fue normal, otro 50% es insatisfecha su adaptación y un 25% su adaptación es muy insatisfecha. Se puede observar que después de la terapia no se percibió ningún cambio en la adaptación del adulto significa acaso que la terapia no es efectiva o que hay en juego factores externos que estén contribuyendo a que se mantenga esta disconformidad. Podemos decir que sus relaciones interpersonales o familiares se encuentra mal adaptada; esto influye indirectamente en una insatisfacción en su propia salud porque posponen la misma por la de su hijo, esto merma la felicidad que tenga la persona en sus actividades revelando una timidez o cohibido lo cual los vuelve introvertidos socialmente se aíslan de todo contacto. Su estabilidad emocional o autodomínio de los impulsos y contrariedades internas de ajuste armonioso que posee cada individuo ante el ambiente que los rodea o la exploración de sus sentimientos en los diversos momentos de su vida y en el ambiente que se desenvuelve se ve afectado emocionalmente todo a su alrededor le afectara.

Lo cierto es que si existieron estresores que contribuyen a que los niveles inadecuados de adaptación se mantengan. Conversando con ellos existieron razones como un nuevo diagnóstico a la enfermedad de su hijo, la muerte de un familiar, la situación económica, las constantes entradas al hospital producto de la enfermedad (convulsiones), enfermedades de

los padres y parientes. Su ambiente alrededor está influyendo indirectamente en los pacientes y por ende en la terapia.

### **Cuadro N° 5**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACIÓN FAMILIAR PRE TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	1	12.50%	
	Normal	3	37.50%	50
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	3	37.50%	50
	Muy Insatisfecho	1	12.50%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

### **Descripción Pre Test**

Los niveles de adaptación familiar en estos padres, madres y /o cuidadores en el Pre Test, que busca evaluar el grado de satisfacción familiar y su situación en cuanto relaciones afectuosas, los conflictos en la misma y las relaciones interpersonales en la dinámica familiar del hogar que el (50%) de los mismos existe un adecuado ajuste familiar y el otro (50%) nos indica un inadecuado ajuste familiar. Esto puede estar relacionado con problemas de relaciones interpersonales, la falta de apoyo por la constelación familiar, unido al hecho de que son familias de escasos recursos económicos y la falta de dinero para

los medicamentos y los viajes a las citas médicas ya sea en su región o Panamá, afecta indirectamente la dinámica familiar.

### **CuadroNº6**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACIÓN FAMILIAR POST TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	1	12.50%	
	Normal	2	25%	37.5
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	4	50%	62.5
	Muy Insatisfecho	1	12.50%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

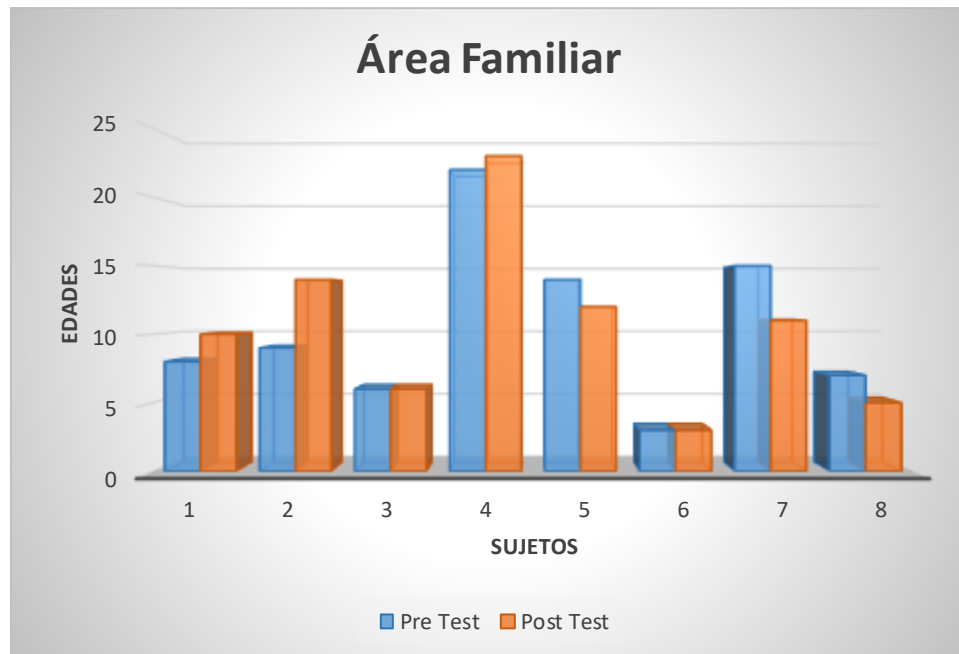
**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell

### **Descripción Post Test**

Los niveles de adaptación familiar en estos padres, madres y/o cuidadores del post test, nos indican que hubo un descenso de los niveles adecuados de adaptación familiares a (37.5%) lo cual es preocupante porque los de adaptación inadecuados aumentaron a niveles de adaptación familiar; (62.5%) este último dato nos indica que los elevados niveles reflejan estar mal adaptados a nivel familiar, que están (insatisfechos o muy insatisfechos) que los problemas de salud de sus hijos, la economía y las hospitalizaciones de sus hijos los afecta en su adaptación familiar, se ve desequilibrada.

## Gráfica N° 2

**Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Familiar; del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

Se observa los resultados de la sub escala Familiar del pre test y post test del cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell, de todos los pacientes. Es importante resaltar que el sujeto

N° 4, tiene niveles de muy insatisfecho.



**Cuadro N°7**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION SALUD PRE TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
	Excelente	0	0.00%	
<b>Adecuada</b>	Bueno	1	12.50%	
	Normal	3	37.5%	50
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	2	25%	50
	Muy Insatisfecho	2	25%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptacion para Adultos de Hugo Bell

**Descripción Pre Test**

A pesar de las condiciones de vida que presentan los padres, madres y/o cuidadores la adaptación en el área de salud nos indican niveles adecuados de un (50%) e inadecuados niveles de un (50%) en el área de salud. Esto nos indica que un (50%) de los padres, madres y/o cuidadores posterga su salud ya que prioriza en el cuidado y bienestar de su hijo dejando a un lado la propia.

**Cuadro N° 8**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION SALUD POST TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
	Excelente	0	0.00%	
<b>Adecuada</b>	Bueno	0	0.00%	
	Normal	4	50%	50
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	3	37.5%	50
	Muy Insatisfecho	1	12.5%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

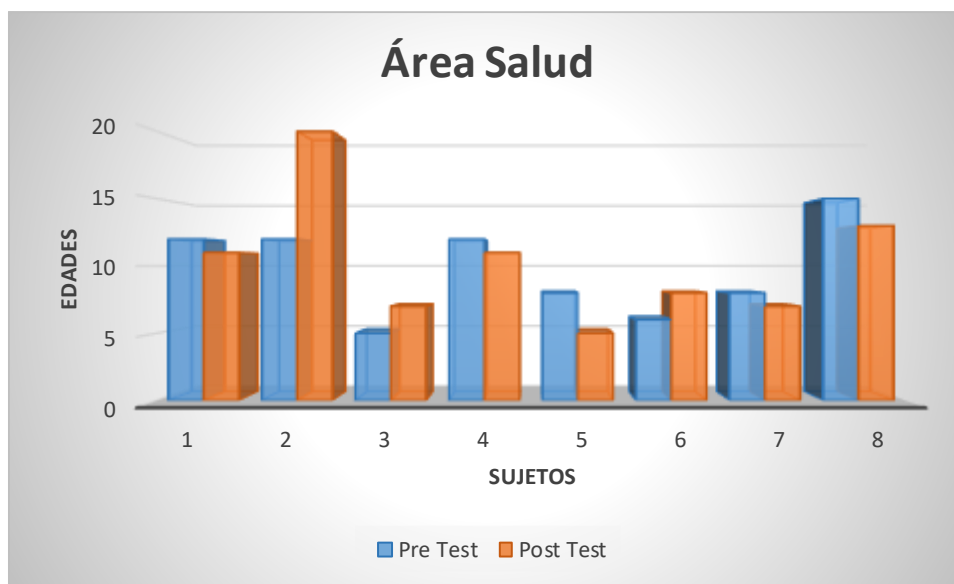
**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción Post Test**

El área de adaptación de salud, hubo un cambio ya que ahora el 50% está dentro los parámetros de normal y un 37.5% en insatisfecho y solamente un 12.5% en muy insatisfecho. Nos indica que igual en los niveles de inadecuada hay un 50% de los pacientes que sigue postergando su salud.

**Gráfica N° 3**

**Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Salud del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Cuadro N° 9**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION SOCIAL PRE TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	0	0.00%	
	Normal	3	37.5%	37.5
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	5	62.5%	62.5
	Muy Insatisfecho	0	0.00%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

Esta área mide como las personas se ajustan adecuadamente a su medio social, es la forma como el considera su medio, como se relaciona en él y reacciona al mismo, es decir si es sumiso o retraído; la adaptación en el área social nos indica que un bajo nivel de (37.5%), tendencia a la agresividad o extroversión e inadecuados niveles altos de (62.5%) son personas sumisas e introvertidas socialmente. Es decir que están insatisfechos en el área de adaptación social debido a factores que le resultan imposibles de controlar ya sea la dificultad para desplazarse de un lugar a otro, su zona de confort es su hogar porque en él se movilizan con facilidad y otro factor que no cuentan con el apoyo de una constelación familiar que los apoye en el cuidado de sus hijos contribuye a no poder tener una vida social activa.

**Cuadro N° 10**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION SOCIAL POST TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	0	0.00%	
	Normal	0	0.00%	
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	7	87.5%	87.5
	Muy Insatisfecho	1	12.5%	12.5
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

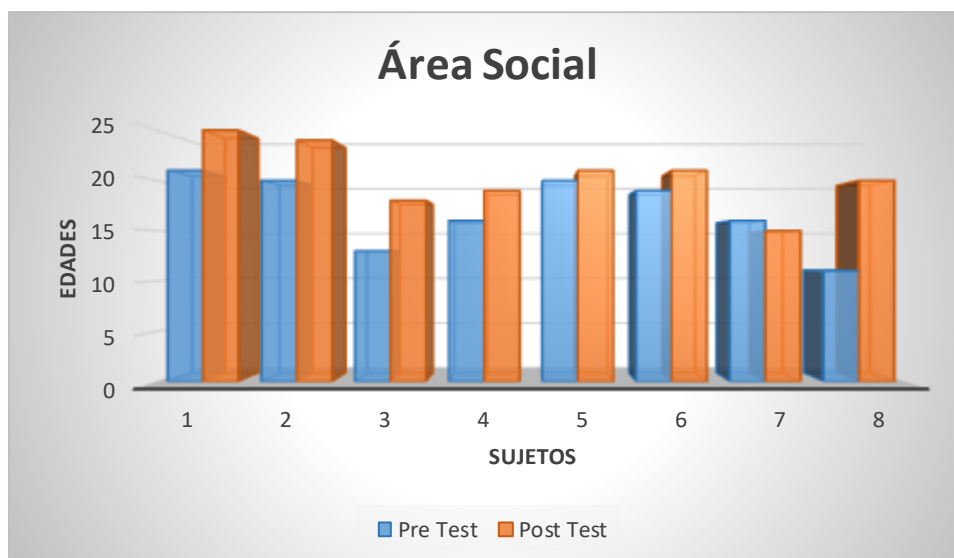
**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

En el post test del área de adaptación social podemos observar un cambio absolutamente radical ya que los niveles inadecuados son de un (100%) los padres, madres y/o cuidadores se encuentran un 87.5% insatisfechos lo que indica que están introvertidos totalmente y solamente un paciente se encuentra muy insatisfecho con un porcentaje de (12.5%) se encuentra sumiso e introvertido y a su vez tímido; no tiene contacto social está totalmente retraído en su área social. Esta inadecuación en el área social afecta a los pacientes porque los seres humanos somos un ente social por naturaleza esto indica un aislamiento total por parte de ellos que los puede conducir a la depresión.

#### Gráfica N0 4

**Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Social del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

Se puede observar que en el pre test hay un nivel adecuado de 37.5% de normal y 62.5% de inadecuada se encuentran insatisfechos. En el post test el 100% esta inadecuado distribuyéndose en 87.5% en insatisfecho y 12.5% en muy insatisfecho. Estos son indicativos de que son pacientes que están demostrando o indicando que necesitan ayuda porque la recreación es importante para la salud mental.

**Cuadro N° 11**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION EMOCIONAL PRE TEST**  
**del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en**  
**los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
	Excelente	0	0.00%	
<b>Adecuada</b>	Bueno	2	25%	
	Normal	3	37.5%	62.5
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	2	25%	37.5
	Muy Insatisfecho	1	12.5%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

El área de adaptación emocional nos indica la estabilidad su capacidad de autodominio de los impulsos unos niveles adecuados de (62.5%) lo que nos indica que son personas estables y niveles inadecuados de (37.5%) demuestran que son personas con reacciones neuróticas. Esto puede estar muy relacionado con el área social porque la falta de interacción con otras personas y el estar encerradas constantemente en su zona de confort les puede estar afectando emocionalmente.

**Cuadro N° 12**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION EMOCIONAL POST TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	2	25%	
	Normal	4	50%	75
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	2	25%	25
	Muy Insatisfecho	0	0.00%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

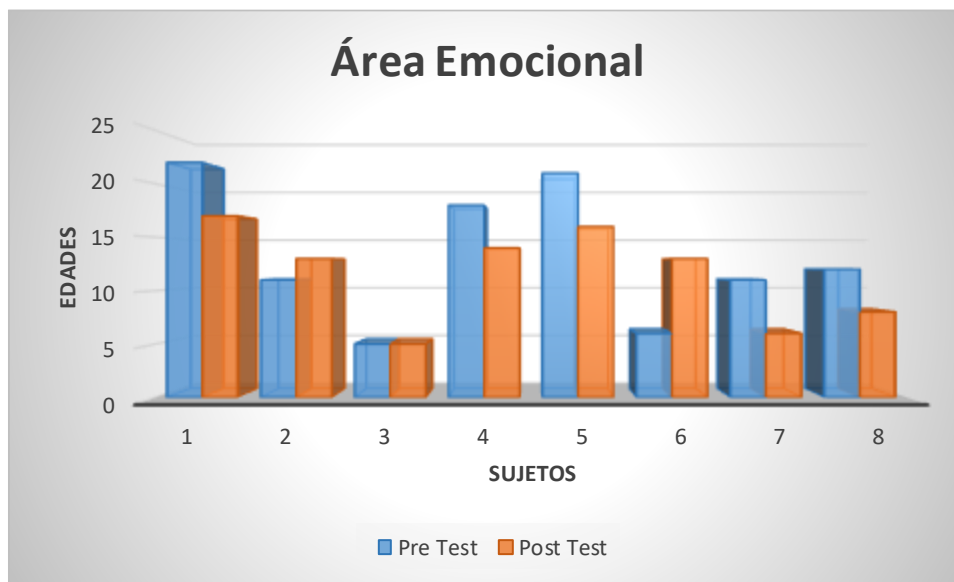
**Descripción**

Este post test es muy significativo debido a que la psicoterapia cognitiva conductual, ha contribuido a niveles adecuados de (75%) lo que indica un ajuste emocional estable e niveles inadecuados de (25%) que su ajuste insatisfactorio solamente afecta pocos pacientes. Pero es necesario seguir ayudándolos porque cuando no se encuentran emocionalmente bien son más susceptibles de caer en depresión y que los problemas los agobien.



### Gráfica N° 5

**Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Emocional del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo

### Descripción

Se observa niveles de 62.5% adecuados y 37.5 en inadecuados en el pre test y a nivel de post test se indica que un 75% está en un nivel adecuado y el 25% inadecuado.

**Cuadro N° 13**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION PROFESIONAL PRE TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
	Excelente	0	0.00%	
<b>Adecuada</b>	Bueno	1	12.5%	
	Normal	0	0.00%	100
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	0	0.00%	
	Muy Insatisfecho	0	0.00%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

Esta área de adaptación profesional busca detectar problemas en el ajuste laboral y el medio ambiente en el que se desenvuelve niveles adecuados fueron de (12.5%) que nos indica está satisfecho con su profesión. Es necesario señalar que este puntaje equivale un paciente ya que las otras personas no laboran, se dedican a la atención completa y total de niño con parálisis cerebral.

**Cuadro N° 14****Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION PROFESIONAL POST**

**TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	0	0.00%	
	Normal	1	12.5%	100
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	0	0.00%	
	Muy Insatisfecho	0	0.00%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

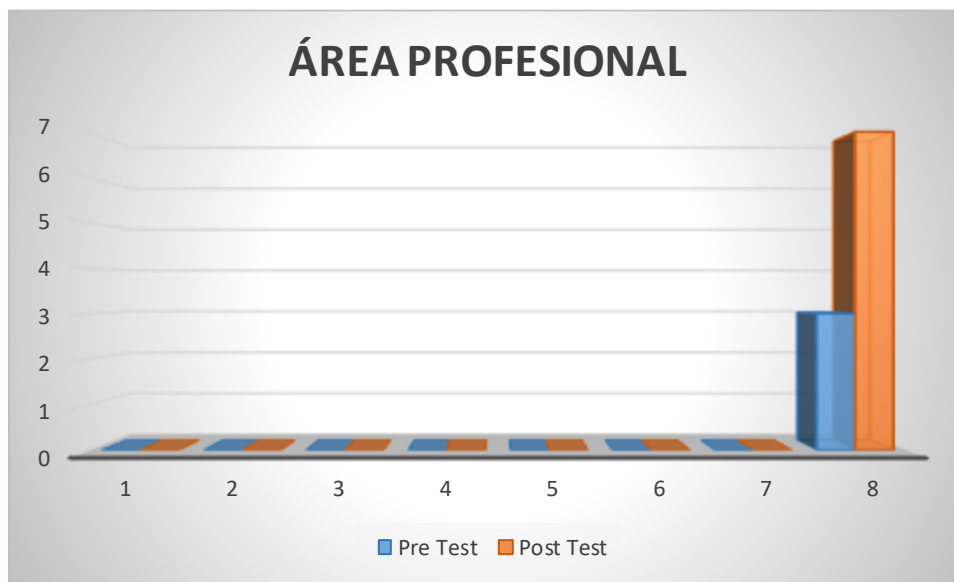
**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

Este post test en el área de adaptación profesional nos indica niveles adecuados de ajuste laboral y se repite nuevamente que solo un paciente labora.

### Gráfica N° 6

**Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación Profesional del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell

### Descripción

Solamente una persona trabaja y está en nivel adecuado de satisfacción lo que nos indica que se siente bien en su ambiente de trabajo.

**Cuadro N° 15**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION GENERAL (Sub escalas familiar, salud, social, emocional y profesional) PRE TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
	Excelente	0	0.00%	
<b>Adecuada</b>	Bueno	1	12.5%	
	Normal	1	12.5%	25
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	5	62.5%	75
	Muy Insatisfecho	1	12.5%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

Esta área de adaptación general el nivel general adecuado de los pacientes; niveles adecuados de (25%) nos refleja un ajuste bueno en la sumatoria de todas las áreas e inadecuados niveles de (75%) un ajuste insatisfactorio o muy insatisfactorio en la sumatoria de todas las áreas. Lo que equivale a una insatisfacción en su vida.

**Cuadro N° 16**

**Resultados obtenidos en el ÁREA DE ADAPTACION GENERAL (Sub escala familiar, salud, social, emocional y profesional) POST TEST del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**

	<b>Rango de Adaptación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Total</b>
<b>Adecuada</b>	Excelente	0	0.00%	
	Bueno	0	0.00%	
	Normal	2	25%	25
<b>Inadecuada</b>	Insatisfecho	4	50%	75
	Muy Insatisfecho	2	25%	
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>	<b>100</b>

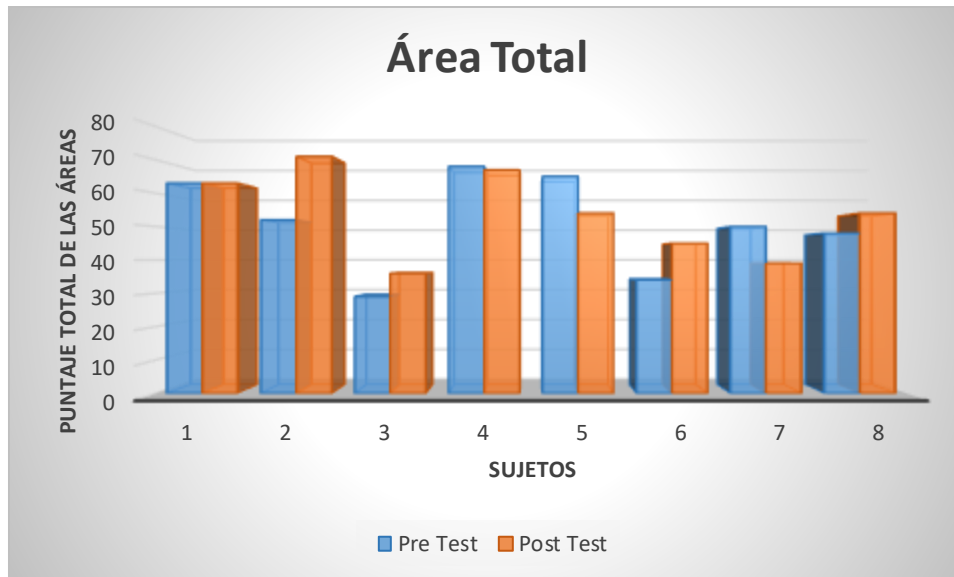
**Fuente:** Resultados obtenidos en la aplicación de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

**Descripción**

El área general indica un nivel adecuado de (25%) en la sumatoria de todas las áreas y un nivel inadecuado de (75%) esto significa que significativamente las áreas generales no están adecuadas puede deberse a factores externos que afectaron la psicoterapia cognitiva conductual, como hospitalización de los niños, nuevo diagnóstico, falta de recursos económicos y accidentes; lo cual es un reflejo de que todo lo que este alrededor de los padres, madres y/o cuidadores los afecta y estresa y contribuye a mantener el trastorno de adaptación crónico.

## Gráfica N° 7

**Resultados obtenidos de la comparación del Pre Test y Post Test del Área de Adaptación General (Sub escala familiar, salud, social, emocional y profesional) del Cuestionario de Adaptación de Hugo Bell. Examinado sub escala por separado en los pacientes.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica del Cuestionario de Adaptación para Adultos de Hugo Bell.

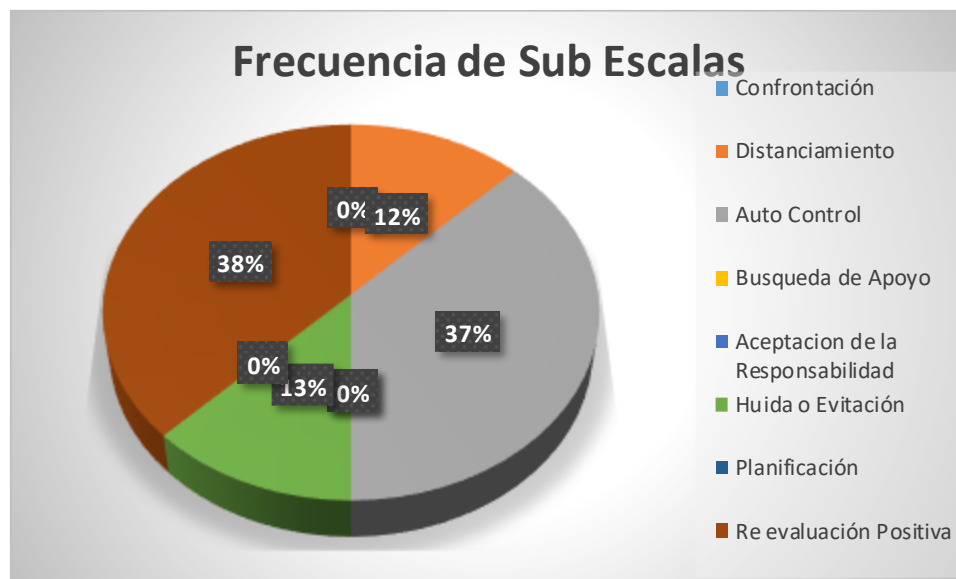
### **1.4 Análisis del Área de general de adaptación de todos los pacientes antes y después de recibir la psicoterapia TCC.**

Solamente dos personas que representan un 25% se encuentran en niveles adecuados y las restantes 6 personas que representan un 75% están en niveles inadecuados distribuidos en 4 persona insatisfecho y 2 personas muy insatisfecho. El resultado global es muy preocupante ya que Bell, considera al “Yo” como una especie de resorte o central encargado de facilitar la adaptación entre las demandas del organismo de una parte y la influencia del medio social o físico de otra. El Yo comienza a desarrollarse desde el nacimiento y está cada vez en mejores condiciones de poder cumplir su misión en función de los aprendizajes que haya realizado (Bell, 2011).

Si la persona a través de sus experiencias y su aprendizaje desarrollo un Yo para las demandas externas, pero no desarrollo no aprendió a cómo adaptarse a un diagnóstico de parálisis cerebral para el cual la vida no lo ha preparado. Esto lo lleva a volverse conscientes de las demandas y a explorar o utilizar herramientas inadecuadas que en estos momentos le impiden a nivel global una adaptación adecuada.

### Gráfica N° 8

Resultados obtenidos en la Frecuencia de Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de La Escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

### 1.5 Análisis de La Escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman de las estrategias más utilizadas por los pacientes antes de la TCC.

Análisis de La Escala Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman. Se puede apreciar que los padres, madres y/o cuidadores utilizan como primera opción el Autocontrol y Re evaluación positiva en (37.5%) lo cual significa que está centrada en la emoción, que es la regulación de sus emociones. Y otro (12.5%), corresponden a Distanciamiento y

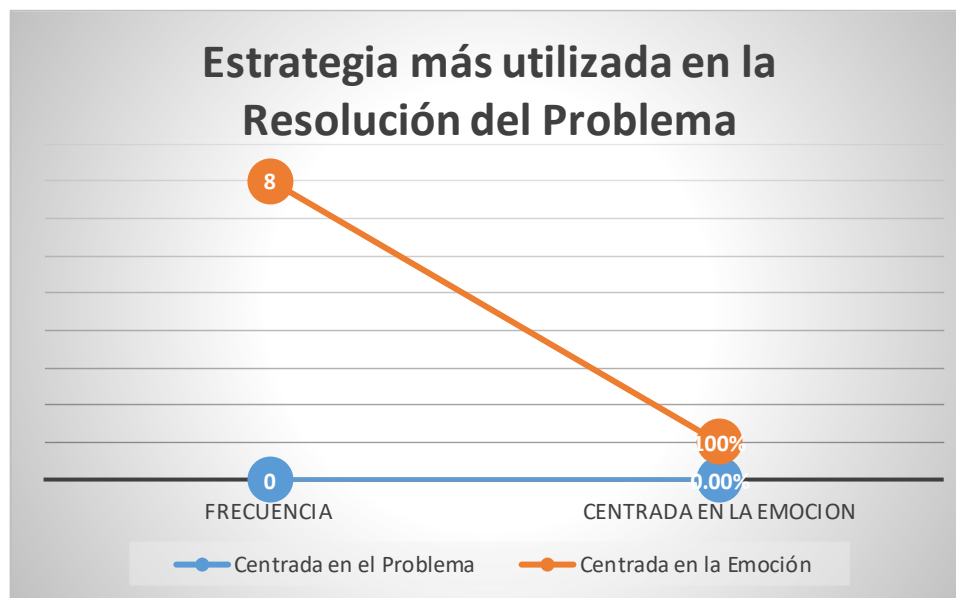


Huida. Significa que el paciente quiere alejarse del problema evitándolo. Ninguno hizo uso de las escalas centradas en el problema.

El afrontamiento es un proceso cambiante que depende de cada individuo donde debe contar con estrategias defensivas en determinada situación y estrategias que le permitan enfrentar un problema; y como estos pacientes sus hijos presentan un diagnóstico con parálisis cerebral implica que ellos deben hacer uso de estrategias dependiendo de la circunstancia que se le presenten a ellos y la enfermedad de su hijo.

### Gráfica N°9

Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada en la Resolución de Problemas de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.



Fuente: Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

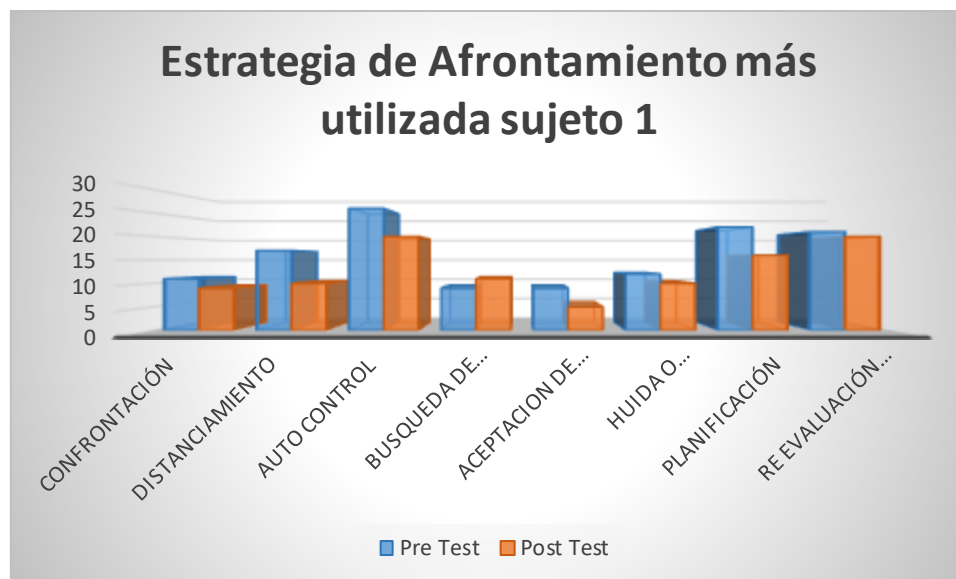
## 1.6 Análisis de la estrategia más utilizada en la resolución de un problema de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

El análisis de este cuadro nos indica que ante una resolución de problema los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral utilizan la escala centrada en la emoción ya que el (100%) de ellos la utilizaron; el manejo centrado en la emoción, tiene la finalidad de regular las emociones producidas por la situación estresante. Por ejemplo, evitando pensar en la amenaza o revalorizando la misma; sin modificar las realidades de la situación estresante.

Al no utilizar las estrategias centradas en el problema, la persona no obtiene la información para saber que puede hacer ante esa situación. Ya que no moviliza los recursos para modificar el problema o situación estresante.

### Gráfica N°10

Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 1 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.



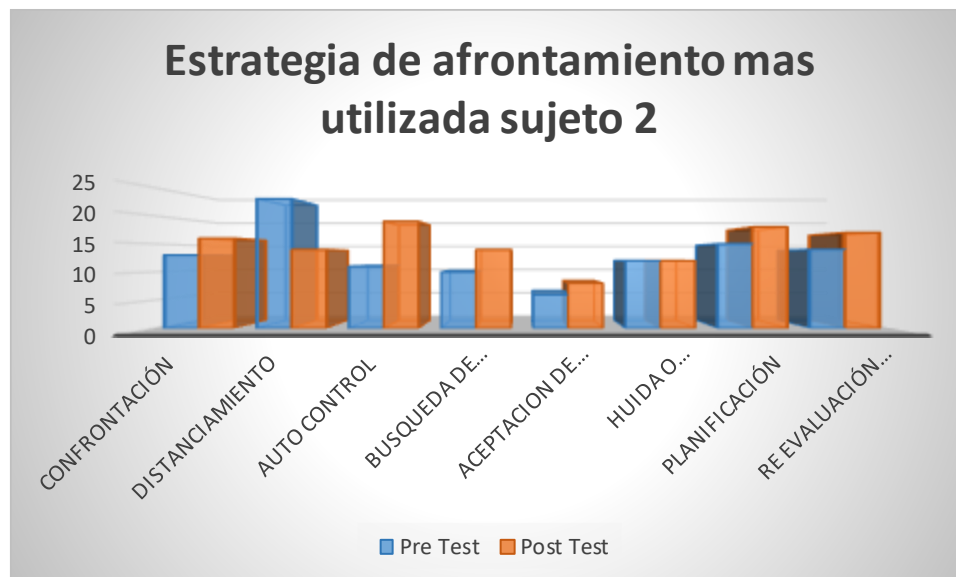
**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 1, nos indica que el nivel más alto en el pre test y post test es el de auto control se considera un modo de

afrontamiento activo indica los intentos que el sujeto hace por regular y control de sus propios sentimientos; y el de planificación como segunda opción son los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación y la re-evaluación positiva como tercera opción que consiste en ver los aspectos positivos de la situación estresante. La primera opción consiste en el manejo centrada en la emoción y la segunda centrada en el problema, la tercera opción focaliza ambas áreas.

### Gráfica N°11

Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 2 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.



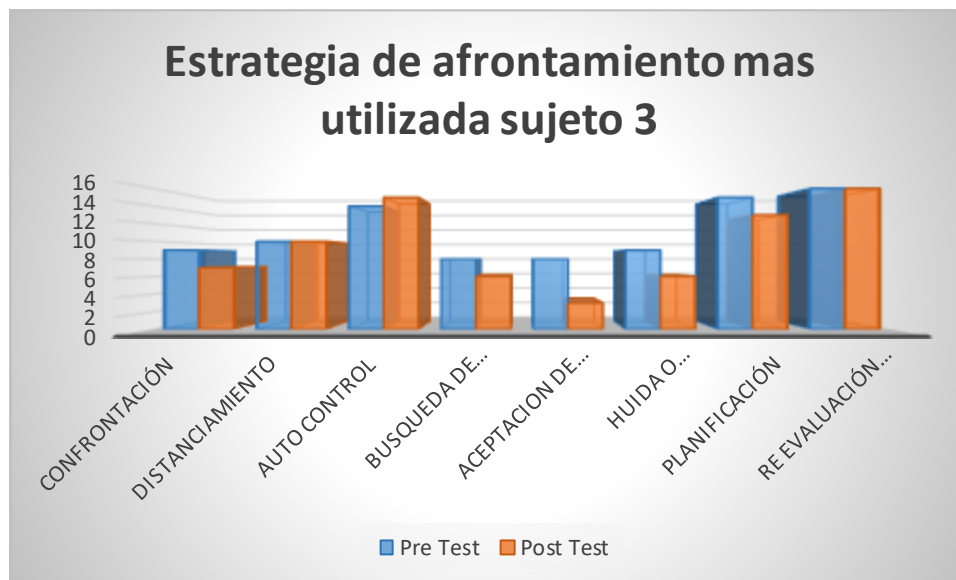
**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 2, nos indica que el nivel más alto en el pre test la primera opción fue la estrategia de distanciamiento que implica los esfuerzos de la persona por alejarse del problema, además de la planificación como segunda opción en cual consiste en un esfuerzo por centrarse en el problema y re-

evaluación como última opción que no es más que el aspecto positivo de la situación; y en el post test podemos observar que existe un cambio de estrategia como primera opción que es autocontrol se considera un modo de afrontamiento activo indica los intentos que el sujeto hace por regular y control de sus propios sentimientos; y el de planificación y la re-evaluación positiva como tercera opción. Esto nos indica que se mantiene igual que en el pre test. La primera opción consiste en el manejo centrada en la emoción y la segunda centrada en el problema, la tercera opción focaliza ambas áreas.

### Gráfica N°12

**Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 3 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.**



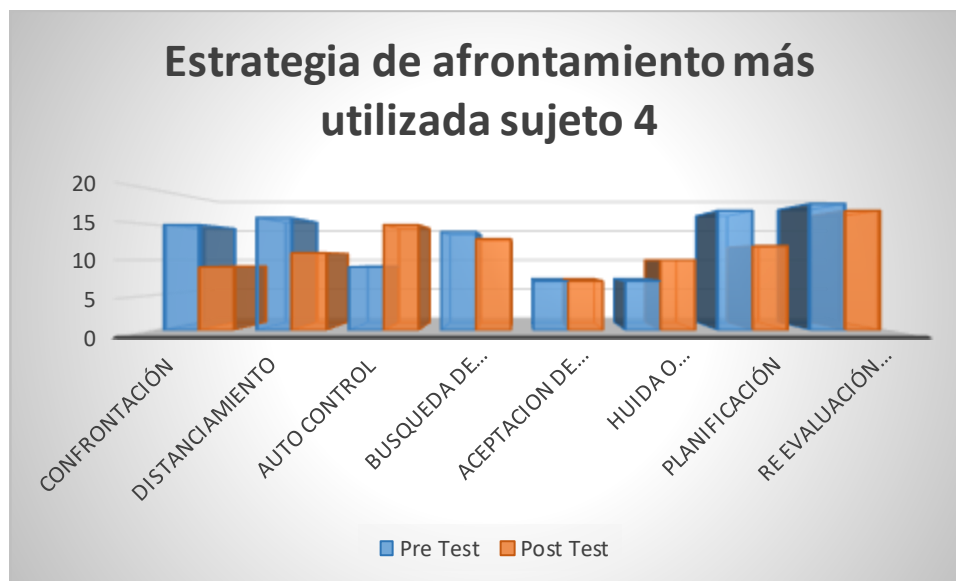
**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 3, nos indica que el nivel más alto en el pre test y post test es re-evaluación positiva como primera opción el cual supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene la situación estresante y

centrarse en el desarrollo personal, y el de planificación como segunda opción son los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación y como tercera opción el auto control que es el control de sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales. La primera opción se centra en ambas áreas, la segunda centrada en el problema, la tercera opción centrada en la emoción.

### Gráfica N°13

**Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 4 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.**



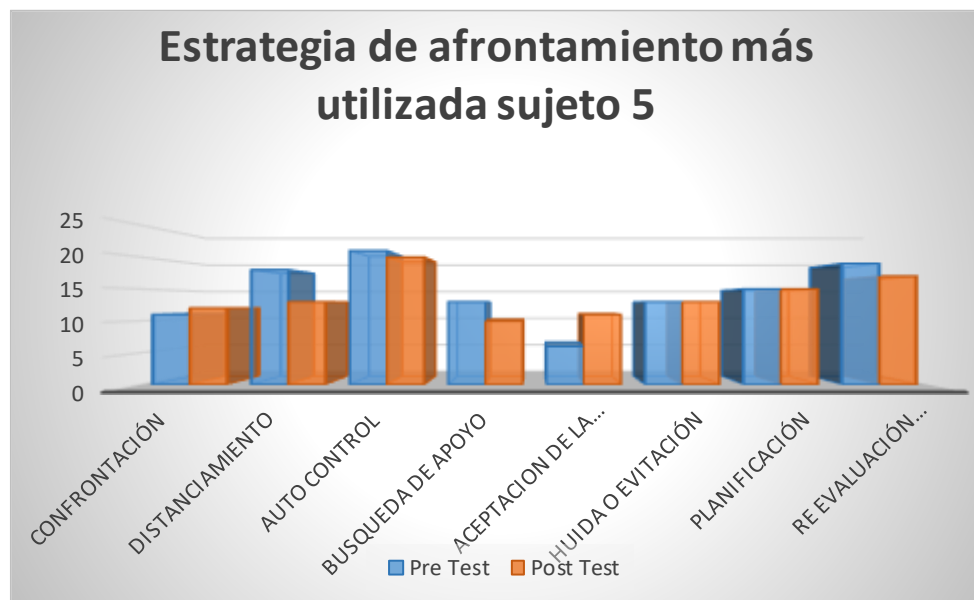
**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 4, nos indica que el nivel más alto en el pre test como primera opción es Re-evaluación positiva el cual consiste en ver los aspectos positivos de la situación estresante, como segunda opción tenemos planificación el cual es una aproximación analítica para solucionar el problema y por último el distanciamiento es el esfuerzo que realiza la persona por apartarse del

problema, evitando que este lo afecte; el post test continua siendo la opción de re-evaluación positiva, en la segunda opción hay un cambio el autocontrol como nueva estrategia el cual consiste en tener un auto control de sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales y la tercera opción búsqueda de ayuda el cual es el esfuerzo que la persona que la persona realiza para solucionar el problema acudiendo a terceros, con el fin de buscar consejo, asesoría o ayuda. En el pre test la estrategia se centra en el problema y la tercera opción centrada en la emoción. En el post test la estrategia está dirigida a centrarse en la emoción.

#### Gráfica N°14

**Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 5 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.**



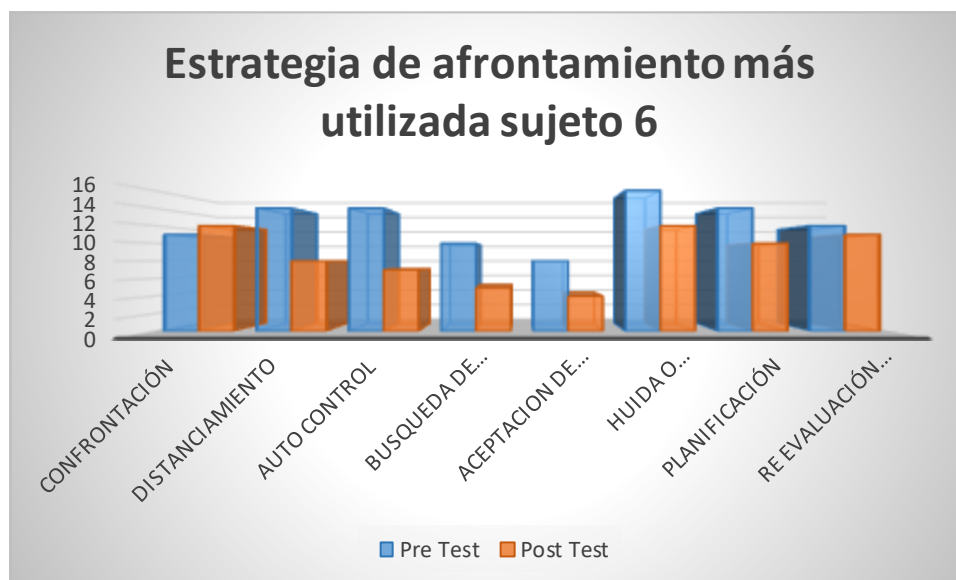
**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 5, nos indica que el nivel más alto en el pre test y post test como primera opción es el auto control de sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales, segunda opción es Re-evaluación

positiva el cual consiste en ver los aspectos positivos de la situación estresante, como tercera opción tenemos distanciamiento es el esfuerzo que realiza la persona por apartarse del problema, evitando que este lo afecte; en el post test la primera opción y segunda opción se mantienen igual que el pre test, solamente la tercera opción cambia a planificación los esfuerzos centrados para alterar la situación estresante. En el pre test la estrategia utilizada por el sujeto 5 se centra en la emoción. En el post test la estrategia utiliza ambas estrategias centrada en la emoción y en el problema.

### Gráfica N°15

**Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 6 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.

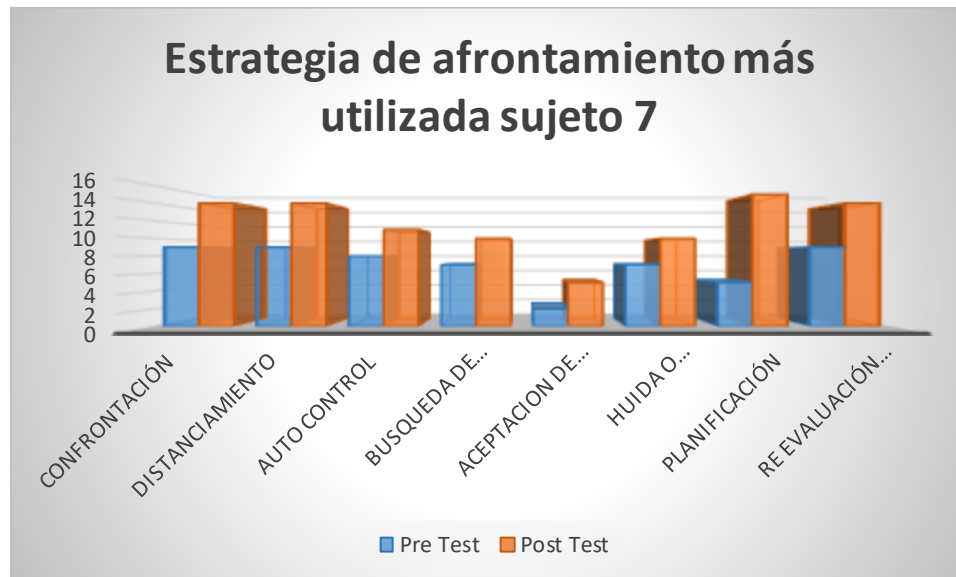
Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 6, nos indica que el nivel más alto en el pre test se encuentra en Huida puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos, la segunda opción distanciamiento los esfuerzo que realiza la persona por alejarse del problema pero también utiliza una estrategia a la par que

es el autocontrol de sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales, por ultima planificación los esfuerzos centrados para alterar la situación estresan; en el post test existe un cambio total como primera opción la confrontación constituye los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación, la segunda opción nuevamente la huida que es escape de sus problema, y la tercera opción re-evaluación el sujeto trata de centrarse en los aspectos positivos de la situación estresante. En el pre test la estrategia utilizada por el sujeto 6 se centra en la emoción. En el post test la estrategia está dirigida a centrarse en la emoción y en el problema.



### Gráfica N°16

**Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 7 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.**

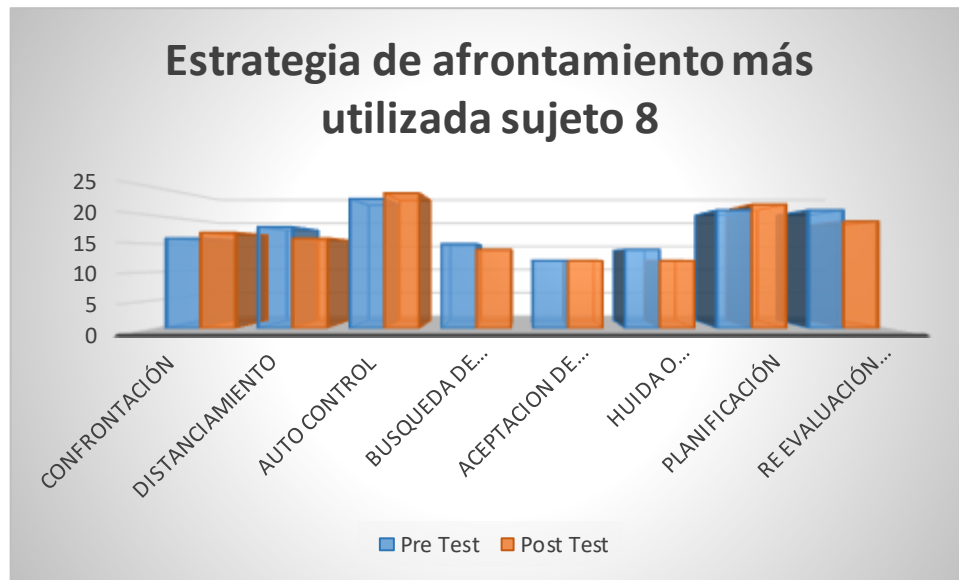


**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 7, nos indica que en el pre test confrontación los esfuerzo que hace el sujeto por para alterar la situación, la segunda opción el distanciamiento donde también hace el los esfuerzos para apartarse o alejarse del problema y por último la re-evaluación positiva donde trata de sacar lo positivo de la situación estresante; en el post test se observa un aumento en las estrategias donde la primera opción es la planificación se centra en el problema y realiza una aproximación analítica para solucionar el problema, la segunda opción es la confrontación nuevamente existe un esfuerzo del sujeto por alterar la situación y última opción es distanciamiento persiste un temor y persiste la idea de apartarse del problema evitando que lo afecte. En el pre test y post test las estrategias utilizada por el sujeto 7 se centra en la emoción y el problema.

### Gráfica N°17

**Resultados obtenidos en la Estrategia más utilizada por el sujeto 8 de la Escala de Modos de Afrontamientos de Lazarus y Folkman.**



**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

Análisis de la estrategia de afrontamiento utilizada por el sujeto 8, nos indica que en el pre test y post test el autocontrol es el intento que el sujeto hace por controlar y regular sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales, la segunda opción la re-evaluación positiva donde trata de sacar lo positivo de la situación estresante; y por último la planificación se centra en el problema y realiza una aproximación analítica para solucionar el problema; En el pre test y post test las estrategias utilizadas por el sujeto 8 se centra en la emoción y el problema.

## Cuadro N° 17

### 1.7 Análisis del pre test y post test del Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete, E. y Cardeñoso, O.

Se presentan una serie de tablas y graficas correspondiente al trabajo de campo utilizando el Test de Creencias Irracionales versión corregida y abreviada de Calvete, E. y Cardeñoso, O.

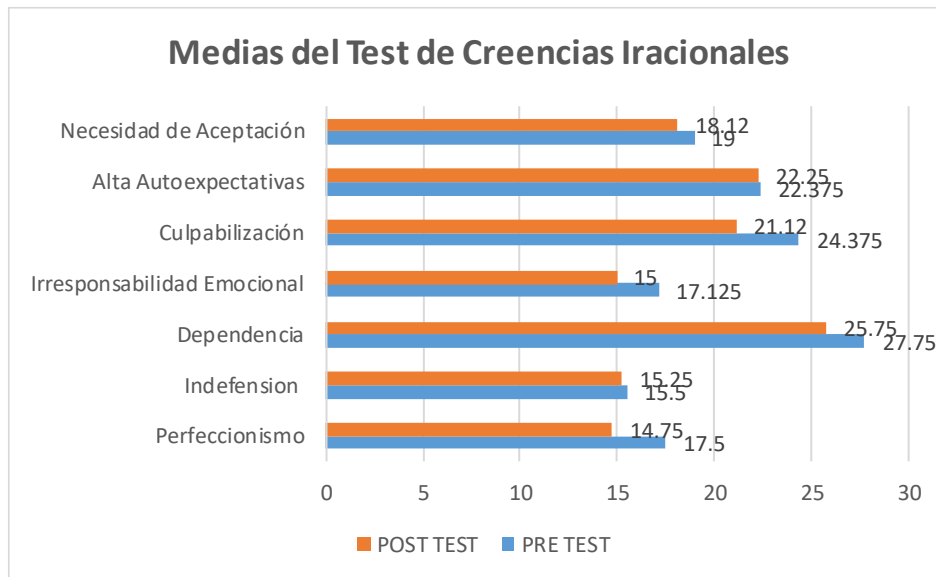
En el cuadro No 28 se elaboró tomando en cuenta que se realizó un Pre Test y Post Test trabajó la fiabilidad de la media aritmética la cual es el valor que más representa al conjunto de la muestra o a las series de puntuaciones obtenidas por medio de la tabla general de las siete ideas irracionales de Calvete, E. y Cardeñoso, O. Las cuales se evaluaron a través de la Prueba t de student para medidas de dos muestras emparejadas; en conjunto obteniendo el valor de la media en el Pre Test  $\bar{X}=20.52$  y el Post Test  $\bar{X}=18.89$  para la fiabilidad se utilizó 95% estandarizado se trabajó con la desviación típica para encontrar los valores representados en la tabla de inicio y así afirmar que el estudio sea fiable para otras investigaciones en el futuro.

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
	Variable 1	Variable 2
Media	20.5178571	18.8914286
Varianza	19.7886905	18.239381
Observaciones	7	7
Coefficiente de correlación de	0.9613151	
Diferencia hipotética de las m	0	
Grados de libertad	6	
Estadístico t	3.51177362	
P(T<=t) una cola	0.00632208	
Valor crítico de t (una cola)	1.94318028	
P(T<=t) dos colas	0.01264415	
Valor crítico de t (dos colas)	2.44691185	

**Fuente:** Resultados obtenidos de la Prueba Psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso.

### Grafica N° 18

**Resultados obtenidos de las Medias del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (Versión abreviada) en el Pre Test y Post Test.**



**Fuente:** Resultados obtenidos de la Prueba Psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso.

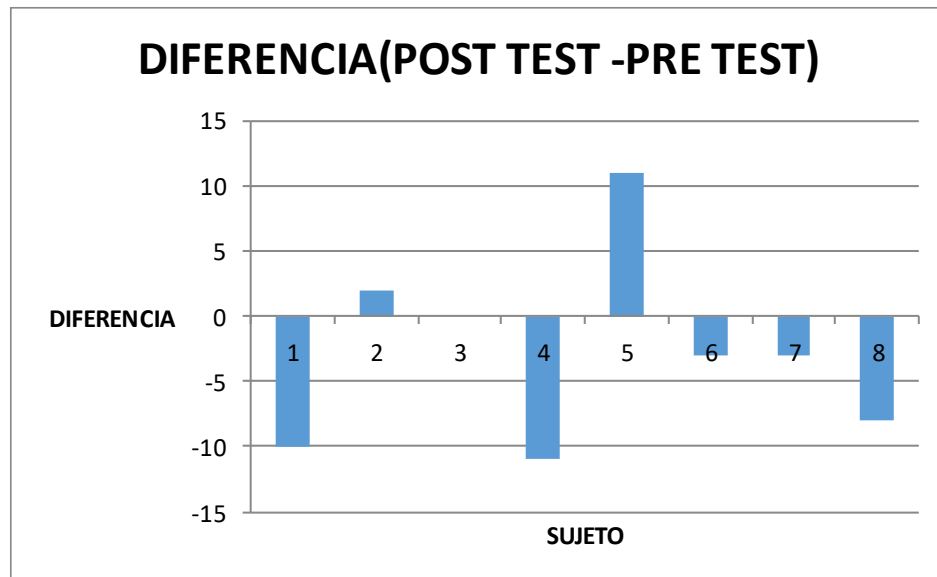
**1.8 Análisis del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada) nos muestra las medias de las diferentes sub escalas en el pre test y post test.**

Podemos observar que la sub escala de dependencia como primera opción es la más utilizada. Consiste en creer que se debe disponer siempre de alguien más fuerte en quien apoyarse y se siente incapaz de adoptar decisiones propias. La segunda opción es culpabilización, el pensamiento irracional consiste en creer que las personas, incluyéndose a uno mismo, merecen ser culpadas y castigadas por sus errores o malas acciones. La última opción de sub escala más utilizada nos indica que la persona cree que debe tener éxito y ser completamente competente en todo lo que hace y que otorga su valor como persona basándose en sus logros.

Además se observa que después de la psicoterapia TCC, que recibieron los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral hay una disminución respecto a las distorsiones cognitivas, lo que indica que fueron capaces de identificar y cuestionar los pensamientos que tenían en determinadas situaciones o problemas.

### Gráfica N° 19

**Resultados Obtenidos de la Diferencias de Medias del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardenoso (Versión abreviada) en el Post Test y Pre Test.**



**Fuente:** Resultados obtenidos de la Prueba Psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardenoso.

#### **1.9 Análisis de la Diferencia de las Medias del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardenoso (versión abreviada).**

Podemos observar la diferencia de las medias entre el pre test y post test; que nos demuestra que en el post test existe un descenso significativo e importante en los pacientes que recibieron la psicoterapia TCC, un 62.5% de los pacientes se observa un cambio significativo, un 25% de los pacientes de la terapia mantienen todavía las distorsiones cognitivas y 12.5% se mantuvo igual no mostro un cambio ni en el pre test o post test.

Se concluye que su efectividad de 62.5% en los pacientes si cambiaron sus creencias irracionales y se cuestionan los pensamientos.

**Cuadro N° 18**

Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

Creencias Irracionales	Valores más frecuentes en estudiantes universitarios	Media de la muestra de estudio Pre Test y Post Test	
Necesidad de Aceptación	Entre 25 y 29	19	18
Altas Autoexpectativas	Entre 21 y 24	22	22
Culpabilización	Entre 17 y 23	24	22
Irresponsabilidad Emocional	Entre 24 y 30	17	15
Dependencia	Entre 17 y 21	27	25
Indefensión	Entre 13 y 18	15	15
Perfeccionismo	Entre 13 y 17	17	14

**Fuente:** Resultados de la Prueba Psicométrica de Creencias Irracionales de la versión abreviada de Calvete, E. y Cardeñoso, O.

### **1.10 Análisis de la comparación de los valores estandarizados del instrumento y las medias obtenidas en el trabajo de campo.**

El cuadro No. 31 representa los valores estandarizados del instrumento utilizado, haciendo una comparación de los valores obtenido de la media, de cada idea irracional la cual se obtuvieron por medio del método estadístico de tendencia central y así obtener un porcentaje en cada área examinada. Esta se aplicó un pre test y post test; respecto a la calificación se tomó el

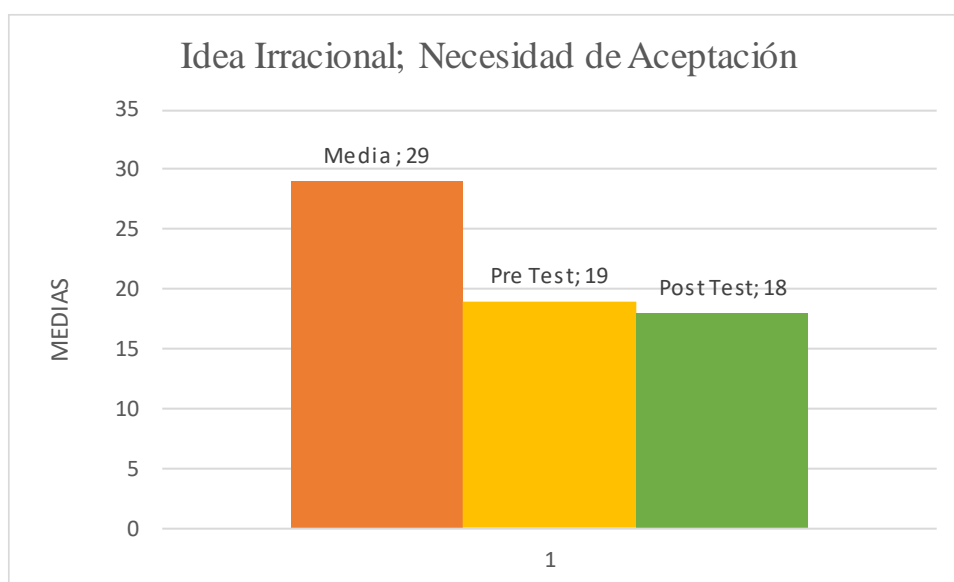
punteo de cada sujeto en cada área y se agrupó conforme la tendencia central, para obtener porcentajes y hacer una comparación de las siete ideas irracionales del test, las cuales tienen un valor porcentual estandarizado para cada una de ellas.

### **Gráfica N° 20**

#### **Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso**

##### **(Versión abreviada). Idea Irracional; Necesidad de Aceptación**

Idea Irracional; Necesidad de Aceptación. Media estándar 29 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 19 y post test 18.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada)

El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de necesidad de aprobación por parte de los demás. La persona que puntúa alto en este factor cree que necesita tener el apoyo y aprobación de las otras personas. Pero la media de la muestra ambas en el pre test y post test están por debajo de la media estándar lo cual nos indica que son familia que tienen el apoyo y ayuda de sus familiares.

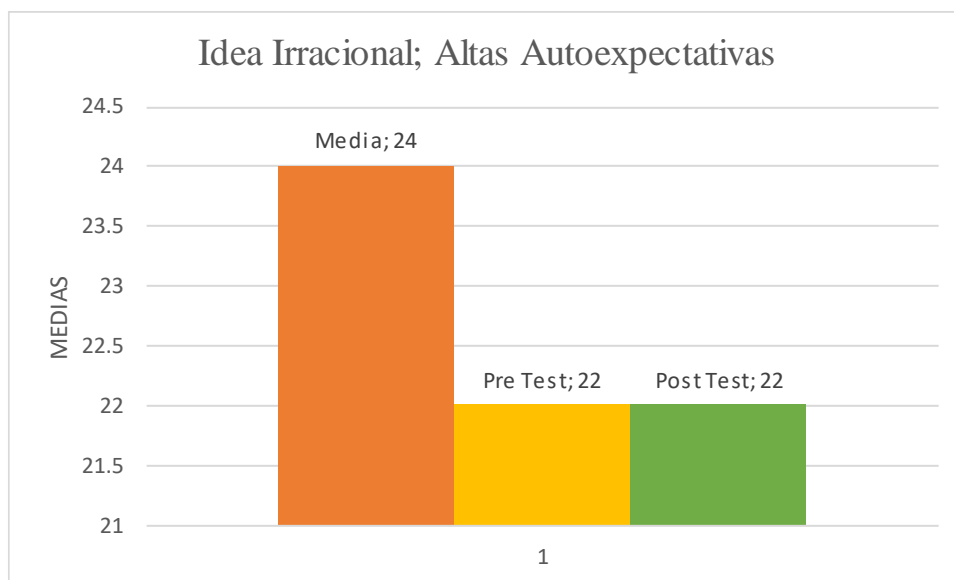


## Gráfica N° 21

### Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso

#### (Versión abreviada). Idea Irracional; Altas Autoexpectativas

Idea Irracional; Altas Autoexpectativas. Media estándar 24 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 22 y post test 22.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

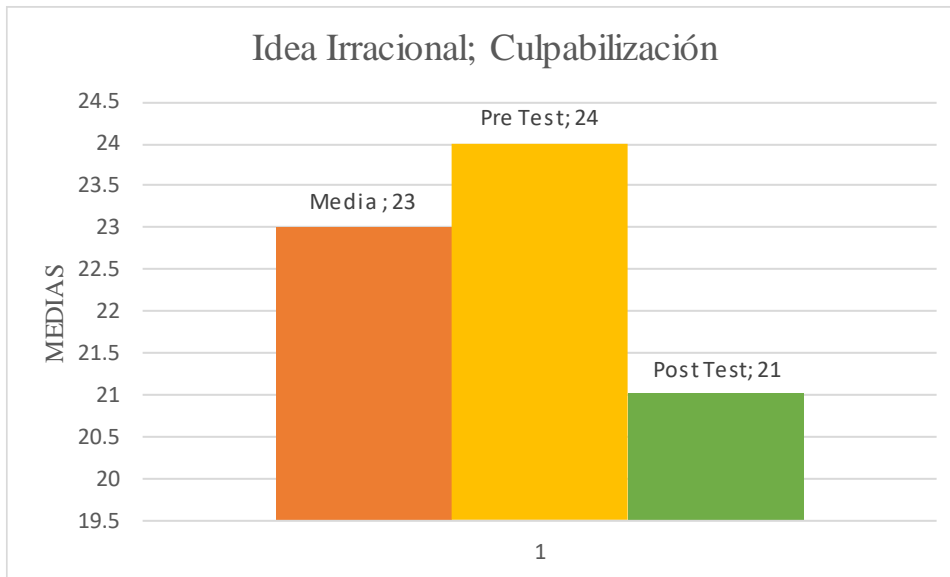
El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de altas auto-expectativas. Las puntuaciones altas indican que la persona cree que debe tener éxito y ser completamente competente en todo lo que hace y que otorga su valor como persona basándose en sus logros. Podemos observar que tanto el pre test y post test se encuentran por debajo de la media estándar 24. Sus auto-expectativas podrían decirse que está dentro los niveles adecuado.

## Gráfica N° 22

### Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso

#### (Versión abreviada). Idea Irracional; Culpabilización.

Idea Irracional; Culpabilización. Media estándar 23 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 24 y post test 21.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

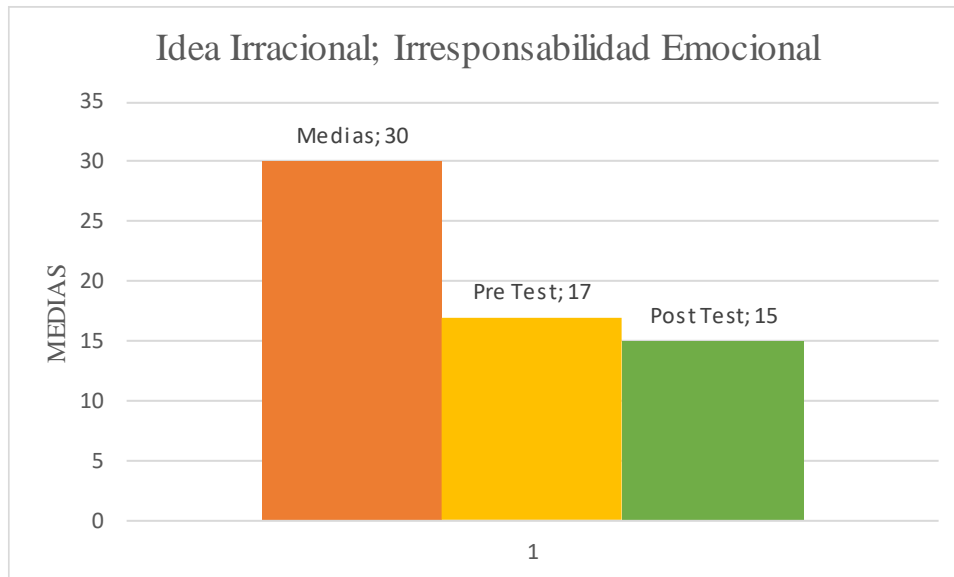
El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de culpabilización. El pensamiento irracional consiste en creer que las personas, incluyéndose a uno mismo, merecen ser culpadas y castigadas por sus errores o malas acciones. En el pre test podemos observar que los pacientes presentan sentimientos de culpa, que ellos son la razón por la cual sus hijos tienen esa condición. En el post test mediante la psicoterapia se pudo confrontar la idea irracional disminuyendo por debajo de la media estándar.

### Gráfica N° 23

#### Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso

##### (Versión abreviada). Idea Irracional; Irresponsabilidad Emocional

Idea Irracional; Irresponsabilidad Emocional. Media estándar 30 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 17 y post test 15.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

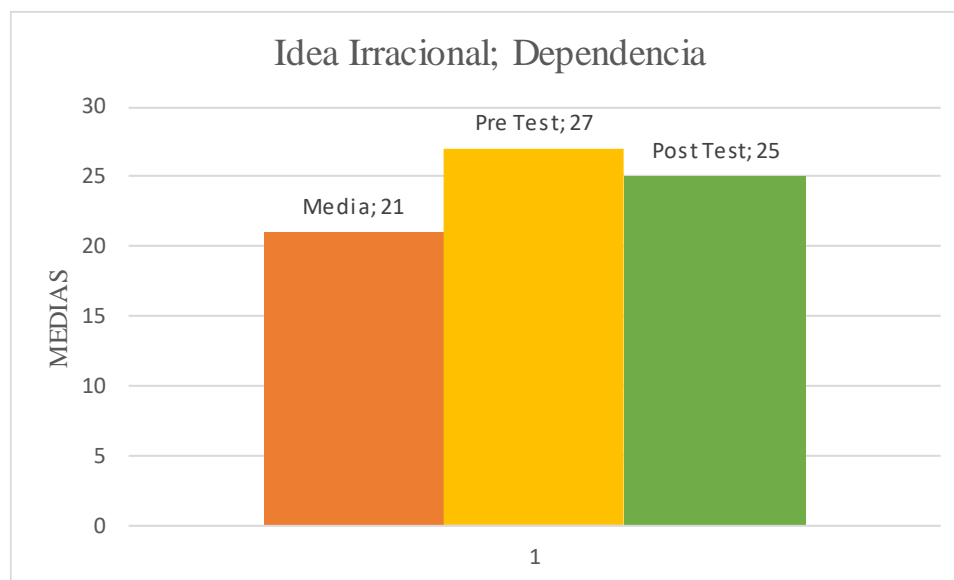
El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de irresponsabilidad emocional. La persona que puntúa alto cree que tiene poco control sobre su infelicidad u otras emociones negativas; piensa que todo está causado por otras personas o sucesos. Podemos decir que tanto en el pre test y post test existe un puntaje muy por debajo de la media estándar; indicándonos que ellos no consideran que los sucesos externos o personas son los causantes de los problemas que tengan.

## Gráfica N° 24

### Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso

#### (Versión abreviada). Idea Irracional; Dependencia

Idea Irracional; Dependencia. Media estándar 21 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 27 y post test 25.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

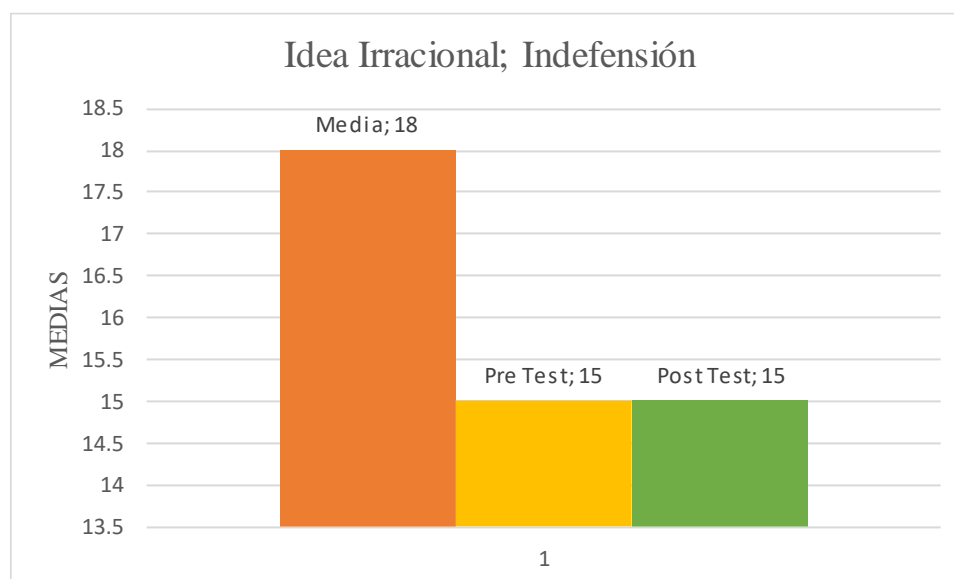
El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de dependencia. Consiste en creer que se debe disponer siempre de alguien más fuerte en quien apoyarse y sentirse incapaz de adoptar decisiones propias. La media del pre test 27 y post test 25 están por arriba de la media estándar 21. Esto nos está indicando que necesitan ayuda que desean contar con el apoyo de sus familiares porque persiste el temor de que el diagnostico de su hijo empeore o temor que pueda pasarle algo cuando presenten alguna crisis.

## Gráfica N° 25

### Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso

#### (Versión abreviada). Idea Irracional; Indefensión

Idea Irracional; Indefensión. Media estándar 18 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 15 y post test 15.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

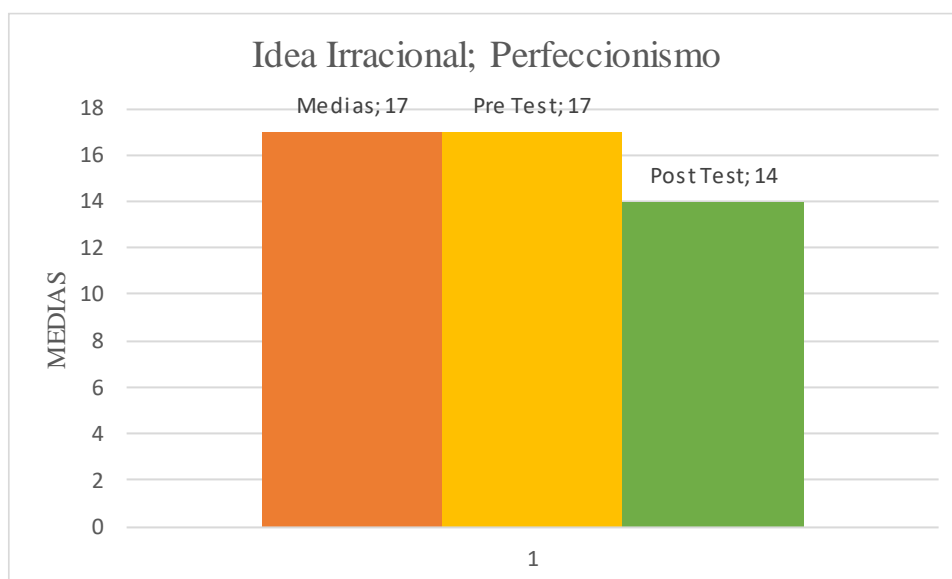
El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de indefensión acerca del cambio. La persona con puntuación alta en este factor cree que lo que le sucede actualmente es el resultado de su historia pasada y poco puede hacer superar los problemas. Nos indican el pre test 15 y post test 15 que están por debajo de la media estándar de 18; se puede decir que han asimilado la condición de su hijo.

## Gráfica N° 26

### Resultados obtenidos del Test de Creencias Irracional de Calvete y Cardeñoso

#### (Versión abreviada). Idea Irracional; Perfeccionismo

Idea Irracional; Perfeccionismo. Media estándar 17 y la media de la muestra de estudio obtenida en el pre test 17 y post test 14.



**Fuente:** Resultados de la Prueba psicométrica del Test de Creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada).

El análisis del test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso (versión abreviada); nos muestra la sub escala de perfeccionismo. El cual consiste en creer que todos los problemas tienen una solución perfecta y que uno no puede sentirse feliz o satisfecho hasta que encuentre tal solución. El pre test y la media estándar 17 indica están dentro los niveles de normalidad ya en el post test nos indica un descenso que están aceptables o adecuados.

### 1.11 Contrastación de las Hipótesis

**H<sub>1</sub>: Hipótesis alterna** La Terapia Cognitiva Conductual mejora el trastorno de adaptación crónico al igual que las estrategias de afrontamiento de los padres, madres y/o cuidadores de pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

**H<sub>0</sub>: Hipótesis nula** No hay diferencia significativa en el trastorno de adaptación crónico ni en las estrategias de afrontamiento de los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas) después de haber recibido la Terapia Cognitiva Conductual.

#### **Hipótesis estadística**

Se rechaza la H<sub>1</sub> y se acepta la H<sub>0</sub> que no hay diferencia significativa en el trastorno de adaptación crónico ni en las estrategias de afrontamiento de los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas) después de haber recibido la Terapia Cognitiva Conductual.

El cuestionario de adaptación para adulto de Hugo Bell, se puede tener información valida acerca de lo que piensa y siente el sujeto sobre sus relaciones familiares, sobre el funcionamiento de su organismo, acerca de sus amistades y relaciones extra familiares; incluyendo aquí su grado de contacto social, y también como el considera sus modalidades de relación con los demás; nos proporciona también información sobre el individuo comprende y vive sus emociones y hasta qué punto es dueño o esclavo de su propia vida emocional; finalmente, el cuestionario de adaptación de Bell nos permite averiguar el grado de satisfacción que obtiene de su trabajo y de las circunstancias ambientales en que este se realiza. Al comparar las respuestas dada por cada sujeto con la media del grupo normalizada (Bell, 2011).

Las comparaciones con la media nos indican que existe un 25% en niveles adecuados solamente 2 personas y el 75% ósea 6 personas en nivel inadecuado distribuidos en 4 personas se sienten insatisfechos y 2 personas muy insatisfechas. Los que nos lleva a rechazar la hipótesis alterna y decir que no hay una diferencia significativa en cuanto a la terapia recibida por los pacientes.

En la Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman; el afrontamiento dependerá de la evaluación o valor que le otorgue el paciente al estresor, esta escala hace referencia a que debe enfatizarse en los sentimientos, pensamientos y actos específicos mas no en un informe.

Y en cierto modo son sus emociones, pensamientos y sentimientos ante el diagnostico de parálisis cerebral y cualquier complicación o situación que pueda afectar esta enfermedad; por eso es necesario saber cómo ellos hacen frente y que estrategia a lo largo de su adaptación, para afrontar la condición de su hijo. Se pudo observar que el paciente se enfoca para la resolución de problema la centrada en la emoción. En el pre test y post test los padres, madres y/o cuidadores siguen utilizando la resolución de problema centrada en la emoción. Las estrategias centradas en el problema suelen ser utilizadas en condiciones de estrés visto como controlable: son estrategias orientadas hacia la tarea, para alcanzar la resolución y/o modificación del problema. En cambio, las estrategias centradas en las emociones tienen como función la regulación emocional que incluye los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante. En términos generales, estos objetivos se pueden conseguir evitando la situación estresante, revaluando cognitivamente el suceso perturbador o atendiendo selectivamente a aspectos positivos de uno mismo o del entorno (Lazarus & Folkman, Estrés y procesos cognitivos, 2015).



**H<sub>2</sub>: Hipótesis alterna** La Terapia Cognitiva Conductual disminuye las creencias irracionales en los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

**H<sub>0</sub>: Hipótesis nula** No hay diferencia significativa en la disminución de las creencias irracionales de los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas), antes y después de la Terapia Cognitiva Conductual.

### **Hipótesis estadística**

Se acepta la H<sub>2</sub> y se rechaza la H<sub>0</sub> la terapia cognitiva conductual disminuye las creencias irracionales en los padres, madres y/o cuidadores con pacientes con parálisis cerebral del IPHE de Los Santos (Las Tablas).

## **2.Discusion de los Resultados**

Después de la aplicación de los procesos estadísticos, podemos decir que efectivamente la Terapia Cognitiva Conductual no muestra un cambio significativo en el trastorno adaptativo crónico y en las estrategias de afrontamiento; ya que según el cuestionario de Bell su adaptación o su entorno se ve afectado; resultando difícil poder sentir algún tipo adaptación adecuada, sino no más bien un nivel inadecuado que los lleva a sentirse insatisfecho en su vida, hogar, emocionalmente repercutiendo en su salud. Respecto a las estrategias de afrontamiento el estresor es tan grande que los pacientes responden centrados en la emoción y no son capaces de afrontar los problemas, sino que responden emocionalmente evitando o escapando de la problemática que se presente. Las estrategias no mejoraron después de la TCC; ya que con las experiencias se tiende a utilizar la misma.

Según Armijos Oscullo (2013), en su tesis del impacto de familias que tienen que afrontar el nacimiento de un hijo con parálisis cerebral, se abordó el tema del conocimiento de los padres sobre la enfermedad al recibir el diagnóstico, nada absolutamente nada,

habían escuchado antes de la enfermedad, pero no saben cómo se trata. Se puede indicar que al momento de dar a luz 37.5% de las madres eran menores de edad y nivel de escolaridad bajo lo que revela tu total desconocimiento sobre la enfermedad y la forma de cómo se puede tratar.

El impacto ante el diagnóstico la reacción primera fue de llanto intenso, desesperación, angustia, ansiedad, desconsuelo, desmoralización y un 25% de las madres; los sentimientos de los padres, madres y/o cuidadores fue enojo, culpa, sufrimiento intenso, vacío y una alta frecuencia encontraron la fortaleza en su hijo. Esto se observó en la investigación realizada en el IPHE de Los Santos (Las Tablas).

En cuanto a la relación de pareja en reacciones desfavorables se presenta poco apoyo, ausencia del padre, agresiones e ira. En la investigación realizada se observó que el 37.5% de las madres fueron abandonadas por su pareja después del diagnóstico con parálisis cerebral; además experimentaron las reacciones desfavorables señaladas por Armijos Oscullo(2013). Se coteja con el cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell, reflejando el sufrimiento intenso, la intranquilidad, vacío, culpa, angustia la resistencia a creer el diagnóstico, el temor que se presenta en alta frecuencia y Bell nos demuestra que existe una insatisfacción apremiante en las áreas de familia, salud, social y emocional; que deben afrontar y seguir adelante porque hay alguien que necesita de ellos.

En cuanto a la forma de afrontar Armijos y Oscullo (2013); evidencia que las reacciones de los padres ante el diagnóstico de la enfermedad fue solicitar ayuda, buscar culpables, reclamar a Dios. En cuanto a los pacientes del IPHE de Los Santos su reacción se concentra en buscar ayuda médica y una explicación sobre en qué consiste la enfermedad y las razones que llevaron a ese diagnóstico, la culpa y apoyo de los profesionales para atender la condición médica, pero su bienestar emocional y psicológico en menor proporción.

Según Romero y Celli 2014, en su estudio de la actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis es favorable, se muestran optimistas y esperanzados ante la ayuda que recibieron de los especialistas ante el diagnóstico sobre todo en los cuidados y atención de los niños. Se puede decir que los pacientes mostraron un 75% de nivel inadecuado de insatisfacción y un 25% de nivel inadecuado muy insatisfecho. Lo que nos indica que estos pacientes les resulta difícil enfrentar su entorno por la falta de apoyo, sentimiento de culpa y aislamiento social repercutiendo en su calidad de vida y bienestar psicológico.

Podemos indicar que según el estudio de Lambrenos et al. (1996) en su estudio el efecto de la discapacidad de un niño en la salud mental de su madre con respecto a la parálisis cerebral antes o después del nacimiento y el de trastorno adaptativo crónico de los padres, madres y/o cuidadores del IPHE de Los Santos, existe una relación respecto a altos niveles de depresión al momento del diagnóstico de su hijo. Se encontraron niveles de depresión y tener significativo estrés psicosocial. Además de la falta de apoyo familiar y los niveles de desempleo contribuyeron a la depresión.

Las condiciones adversas de viviendas están asociadas con la depresión, así como la falta de apoyo, amigos y falta de dinero. Esto se observó a lo largo de la investigación la presencia de un estresor contribuye de manera significativa en la depresión y los sentimientos de tienen los padres, madres y/o cuidadores.

Según Fernandez Alcantara (2013), la relación que establecen los padres puede ser igual a la de otros padres o estar medida por una gran cantidad de cuidados. En este caso se comprueba esta esto ya que 62.5% tienen más hijos y muestran ser como otros padres, pero su atención se inclina a favorecer al hijo con parálisis cerebral ya que demanda más tiempo y cuidados.

Tras el nacimiento del hijo con parálisis cerebral son muchas áreas donde se producen cambios esto que de manifiesto en el cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell; ya que se requiere de una situación que demanda gran atención y tiempo sobre todo esfuerzo físico que afecta a la salud de los padres, madres y/o cuidadores. En la mayoría de los casos son las madres que sufren de dolores de espalda por el tiempo que pasan trasladando de un sitio a otro al niño.

La investigación nos deja de manifiesto que en ambos estudios la madre habla de sentimiento de ansiedad y nerviosismo por la incertidumbre en que viven, miedo a no poder afrontar adecuadamente lo que se pueda presentar a futuro.

A lo largo del tiempo las áreas como economía y laboral se ven afectadas: donde la madre abandona el trabajo por dedicarse exclusivamente al cuidado del niño.

En las estrategias de afrontamiento de Lazarus, los pacientes preferían evitar el problema reaccionando emocionalmente y este estudio nos indica que el mecanismo de afrontamiento utilizado por ellos es el trabajo que les permite otro espacio fuera de la relación de su hijo; solamente un 12.5% laboraba y el 87.5 de las madres se dedicaban en tiempo completo al cuidado de sus hijos.

Los resultados en cuanto a test de creencias irracionales de Calvete y Cardeñoso nos indican que la terapia cognitiva conductual si fue efectiva para los padres, madres y/o cuidadores de hijos con parálisis cerebral. Cambiar las distorsiones cognitivas pueden ser la puerta de entrada para mejorar las estrategias de afrontamiento y la adaptación del sujeto ya que la enfermedad no cambiara. Pero si nuestra forma de pensar que afectan directamente a nuestro pensamiento, sentimiento y situaciones que se presentan en la vida de todo ser humano que tiene una enfermedad.

**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Ψ Los resultados de la investigación indican que la Terapia Cognitiva Conductual, no tiene efectos significativos sobre el trastorno de adaptación crónico y las estrategias de afrontamientos, más sin embargo si hubo un efecto significativo sobre las creencias irracionales; en las distorsiones cognitivas de los padres, madres y/o cuidadores del IPHE de Los Santos (Las Tablas).
- Ψ Para abordar el trastorno de adaptación crónico, nos apoyamos en la aplicación del cuestionario de adaptación de adulto de Hugo Bell, los resultados que arrojaron nos indican que un 25% poseen niveles adecuados son capaces de poder sobrellevar su entorno y recibe apoyo familiar; en cambio y un 75% en niveles inadecuados mostrándose insatisfechos y muy insatisfechos; su adaptación a las circunstancias del entorno les resulta muy difícil por los problemas que constantemente se les presentan con la salud de su hijo o con los factores externo ya sea económicos o falta de apoyo familiar.
- Ψ Como sabemos las dificultades de esta adaptación están contribuyendo a que las personas sigan teniendo depresión independientemente de los criterios que señalan el trastorno de adaptación crónico, que el estresor persiste después de 6 meses.
- Ψ Los padres, madres y/o cuidadores del IPHE de Los Santos (Las Tablas), utilizan como estrategias de afrontamiento las centradas en la emoción a través del autocontrol, reevaluación positiva y distanciamiento o huida. Les resulta difícil poder utilizar las estrategias centradas en el problema ya que consiste en enfrentar las situaciones o problemáticas.

- Ψ Las creencias Irracionales de Calvete y Cardeñoso nos permiten obtener información que nos confirman los resultados del test de Hugo Bell, consideran que deben tener éxito en todo lo que realizan, la falta de apoyo familiar, culpabilidad, es un indicativo que necesitan contar con ayuda, sus emociones tienen a ser negativas. Pero lo bueno de esta terapia cognitiva conductual es que fueron capaces de identificar y reconocer esos pensamientos que estaban perturbando su forma de pensar y sus emociones. Aquí es donde si fue significativa la psicoterapia.
- Ψ Existen circunstancias o factores externos como la economía, la falta de apoyo familiar, las enfermedades de su hijo que influyen directamente en ellos afectando las emociones de los padres, madres y/o cuidadores.
- Ψ Los padres, madres y/o cuidadores no están preparados para el diagnóstico de parálisis cerebral y mucho menos ser capaces de entender una enfermedad de esta envergadura a temprana edad y con poco nivel educativo. Que fue donde más se vio afectado.
- Ψ A pesar que el tiempo ha transcurrido todavía resulta doloroso hablar de la parálisis cerebral de su hijo, coincide con estudio que indican que el diagnostico sigue afectando emocionalmente a los padres.
- Ψ La inmadurez al momento de estar embarazada aunada al hecho de falta de conocimiento ya sea por trastornos del aprendizaje influye drásticamente en la forma de cuidar un niño con parálisis cerebral al momento del diagnóstico.
- Ψ El factor de trastorno de aprendizaje que presentaron algunas madres, afecto la terapia ya que a nivel cognitivo esto repercute por el hecho que su capacidad de razonamiento es más lenta y es necesario mayor tiempo y explicación para ellas.

- Ψ La causa de que la terapia no fuera muy eficiente se debe al hecho de que las madres tienen un trastorno de aprendizaje y en su edad escolar formaron parte del IPHE; esto influyó directamente al momento de explicar la terapia debido a que debía explicarse detenidamente y en algunos casos volver a repetir la información para que comprendan la terapia.
- Ψ La falta de apoyo por parte de la pareja afectó negativamente a ciertas madres ya que fueron abandonadas por los mismos al año de nacimiento de su hijo. Solo una volvió a formalizar una relación.
- Ψ Después de la psicoterapia existieron circunstancias que contribuyeron a una depresión, por razones como problemas económicos, enfermedad de los hijos, de los padres, falta de apoyo familiar.
- Ψ Hacerle frente al estresor como una forma de estrategia de afrontamiento, ya que es imposible evitar el estresor porque el diagnóstico y la enfermedad persisten.



## RECOMENDACIONES

- Ψ Incluir la terapia en el IPHE, de todo el país para que los padres que tengan hijos con necesidades especiales reciban el asesoramiento de profesionales, porque la atención no debe estar solamente centrada en el niño, sino que los padres, madres y/o cuidadores necesitan poder tener una adecuada salud mental.
- Ψ La familia completa debe recibir asesoramiento sobre el diagnóstico de parálisis cerebral, ya que el niño forma parte de un círculo familiar y por ende todos tienen sentimientos que necesitan ser abordados y expresados.
- Ψ Trabajar con las distorsiones cognitivas es fundamental ya que estas, pueden influir positivamente en las estrategias de afrontamiento y en las áreas (familiar, salud, social, emocional, profesional) en la cual los pacientes están más afectados.
- Ψ El trabajo es realmente importante ya que sirve como una estrategia de afrontamiento, es una válvula de escape que le permite poder socializar y emocionalmente recuperar tiempo para sí mismo.
- Ψ Sería importante poder dar a conocer los resultados de la investigación a otras instituciones que están relacionadas con niños de necesidades especiales.
- Ψ Poder realizar un estudio más grande con diferentes instituciones o los IPHE de diferentes regiones, tomar en cuenta otras variables como la edad, la salud mental de todos los familiares y su apoyo.

- Ψ Es importante que los padres, madres y/o cuidadores puedan contar con una forma de estrategia de afrontamiento que los ayude a enfrentar situaciones o estresores que se le presentaran a lo largo de la vida.
- Ψ Es necesario que los padres, madres y/o cuidadores trabajen con la aceptación del diagnóstico y el hecho de que su hijo tiene una condición especial el cual requiere de toda su atención y apoyo.
- Ψ Buscar ayuda en las instituciones que permitan acceder a profesionales que los ayuden a procesar el diagnóstico de parálisis cerebral de sus hijos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Martins Ribeiro, M. F., Lima Sousa, A. L., Vandenberghe, L., & Porto, C. C. (05 de 2014). Estrés familiar en madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral (Scielo). 22(3). Obtenido de Scielo: [www.scielo.com](http://www.scielo.com)
- Achaerandio Zuazo, L. (2010). *Iniciación a la práctica de la investigación*. Guatemala: Magna Terra Editores.
- Alcoser Villacis, A. (2012). *"Estrategia de afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del área 17 del Canton Duran" Tesis de Grado de Maestría de Psicología Clínica*. Guayaquil, Ecuador: universidad de Guayaquil.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Armijos Oscullo, N. D. (2013). Impacto Psicológico en padres de familia que tienen que afrontar el nacimiento de un niño (a) con parálisis cerebral. *Tesis de Licenciatura (Maestría)*. Universidad de las Américas, Chile.
- Atlas Social de Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas. (2012). *Situación de las personas con discapacidad en Panamá*. Panamá: Editorial Sibauste.
- Badia Corbella, M. (2002). Estrés y afrontamiento en familias con hijos afectados de parálisis cerebral. *Boletín de Noticias del Instituto Universitario de Salamanca*, 1-10. Obtenido de [www.inico.usal.es](http://www.inico.usal.es)
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.
- Bell, H. (2011). *Cuestionario de Adaptación para Adultos*. Obtenido de [scribd.com](http://scribd.com): [www.es.scribd.com](http://www.es.scribd.com)
- Calvete, E., & Cardenoso, O. (07 de 2012). *Test de Creencias Irracionales*. Obtenido de Scribd.com: [www.scribd.com](http://www.scribd.com)
- Carbonari, M. (2013). *Ser padres de un niño con discapacidad*. Córdoba, Argentina: Imagen.
- Clínica de la ansiedad. (2018). *Qué es la ansiedad y por qué se produce*. Obtenido de Clínica de la Ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce>
- Clínica parálisis cerebral. (29 de 12 de 2015). *Blogdefisioterapia; Clasificaciones topográficas y tipos de parálisis cerebral*. Obtenido de Blogdefisioterapia: [www.blogdefisioterapia.com](http://www.blogdefisioterapia.com)
- De Mendoza Gondim, K., De Figueiredo Carvalho, Z., & Di Ciero Miranda, M. (6 de Mayo-Junio de 2009). *Nure Investigación; Adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral - Aplicación del modelo de Roy*. Obtenido de Nure Investigación; Adaptación de las madres de niños con parálisis cerebral - Aplicación del modelo de Roy: [www.NureInvestigacion.com](http://www.NureInvestigacion.com)
- Domínguez Cedeño, L. (2007). Terapia Cognitiva Conductual para la reducción de los síntomas de estrés y ansiedad en un grupo de pacientes hipertensos. *Tesis de Licenciatura (Maestría)*. Hospital Dr. Miguel Cárdenas Barahona, Panamá.

- DSM-5 Actualizado. (09 de 2016). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, Quinta edición*. Obtenido de dsm.psychiatryonline: [www.dsm.psychiatryonline.org](http://www.dsm.psychiatryonline.org)
- Fantova, F. (11 de 2000). Trabajando con las familias de las personas con discapacidad. *Siglo cero*, 33-49.
- Fernández - Alcantara, M., Garcia-Caro, M., Berrocal-Castellano, M., Benítez, A., Robles-Vizcaíno, C., & Laynez-Rubio, C. (15 de Enero-abril de 2013). *Scielo; Experiencia y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil: estudio cualitativo*. Obtenido de Scielo; Experiencia y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil: estudio cualitativo: [www.scielo](http://www.scielo)
- Ferreira Martins, M., Lima, Soussa, A. L., Vandenbergh, L., & Porto, C. C. (2014). Estrés familiar en madres de niños y adolescentes con parálisis cerebral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem DOI 101590/0104-116934092435*, 444-445.
- González Pinto, O. (2015). Efecto de la aplicación de la Terapia Cognitiva Conductual en los niveles de depreseión de los enfermos renales crónicos terminales atendidos en la unidad de hemodiálisis de la policlinica Dr. Horacio Díaz Gómez de ciudad de santiago de Veraguas. *Tesis de Licenciatura (Maestría)*. Universidad de Panamá, Panamá.
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluacion psicologica*. La Habana, Cuba: Ciencias medicas.
- Grau Abalo, J., Martín Carbonell, M., & Portero Cabrera, D. (27 de 01 de 1993). *Rev Interamericana de Psicología; Estrés, ansiedad, personalidad: resultado de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal*. Obtenido de Revista Interamericana de Psicología: [www.dialnet.unirioja.es](http://www.dialnet.unirioja.es)
- Hales , R., Yudofsky, S., & Talbott, J. (26 de 4 de 2018). *Tratado de Psiquiatria 1996, Segunda Edicion; Scribd.com*. Obtenido de es.scribd.com: <https://es.scribd.com>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá. (2000). *Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá*. Panamá: Editorial Sibauste, S.A.
- Lambrenos, K., Weindling, A. M., Calam, R., & Cox, A. D. (25 de 03 de 1996). *The effect of a child's disability on mother's mental health (Archives of Disease in Childhood)*. Obtenido de [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net): [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)
- Lazarus y Folkman. (09 de 2012). *Escala Modos de Afrontamiento de Lazarus*. Obtenido de Scribd: [www.es.scribd.com](http://www.es.scribd.com)
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicacion en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (2015). *Estrés y procesos cognitivos*. Obtenido de Concepto de estrés: <https://es.scribd.com/doc/316445936/Estrés-y-procesos-cognitivos-2-pdf>
- Levitt, S. (2012). Principios del Tratamiento. *Tratamiento de parálisis cerebral y retraso motor*, 23(4). Obtenido de Tratamiento de la Parálisis Cerebral y del Retraso Motor: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-tratamiento-paralisis-cerebral-del-retraso-S0211563801729586>
- Madrigal, A. (2007). Familias ante la parálisis cerebral. *Psychosocial Intervention*, 16(1). Obtenido de Scielo.es Familias ante la parálisis cerebral: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592007000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000100005)

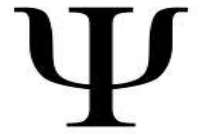
- Ministerio de Salud, Secretaria Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. (2005). *La Discapacidad en Panamá: Situación Actual y Perspectivas*. Panamá: Editora Sibauste, S.A.
- Moraleda Barreno, E., Romero López, M. J., & Cayetano Menéndez, M. J. (05 de 01 de 2013). *www.Redalyc, Universita Psychologica La parálisis cerebral como una condición dinámica del cerebro: un estudio secuencial del desarrollo de niños hasta los 6 años de edad*. Obtenido de [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org): [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)
- Navarro Melendro, A. M., & Restrepo, Ibiza, A. P. (07 de 06 de 2006). *Redalyc; La revista universitas psychologica; Consecuencias neuropsicológicas de la parálisis cerebral estudio de casos*. Obtenido de Redalyc; La revista universitas psychologica: <http://www.redalyc.org>
- Núñez, B. (28 de 03 de 2003). *Scribd.com La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares*. Obtenido de [www.es.scribd.com](http://www.es.scribd.com): [www.es.scribd.com](http://www.es.scribd.com)
- Obst Camerini, J. (2008). *La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada*. Buenos Aires, Argentina: Catrec.org.
- Organizacion Mundial de la Salud CIE-10. (1992). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ortega Silva, P., Torres Velasquez, L. E., Garrido Garduño, A., & Reyes Luna, A. (2006). Actitudes de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. 8(001), 21-32. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Ortega, Silva, P., Torres, Velásquez, L., Garrido, A., & Reyes, A. (17 de 01 de 2006). *Redalyc, Red de revista científica de américa latina y del caribe*. Obtenido de Redalyc, Actitud de los padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Prueba t Student*. (23 de 10 de 2016). Obtenido de [psicologiaparaestudiantes](http://psicologiaparaestudiantes.com): [www.psicologiaparaestudiantes.com](http://psicologiaparaestudiantes.com)
- Psicoactiva. (26 de 4 de 2018). *Psicoactiva Glosario*. Obtenido de Psicoactivo <https://www.psicoactiva.com>: <https://www.psicoactiva.com>
- Puyuelo Sanclemente, M., & Arriba de la Fuente, J. Á. (2000). *Parálisis cerebral Infantil Aspectos comunitarios y Psicopedagógicos Orientaciones al Profesorado y a la Familia*. Málaga: Aljibe, S.L., 2000.
- Reynoso Erazo, L., & Scligson Nisenbaum, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud un enfoque conductual*. Mexico : El Manual Moderno.
- Romero, R., & Celli, A. (25 de 05 de 2006). *Actitud de las madres ante la experiencia de un hijo con parálisis cerebral (SciELO)*. Obtenido de SciELO.com: [www.scielo.com](http://www.scielo.com)
- Rosselli, M., Matute, E., & Ardila, A. (2010). *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México: El Manual Moderno.
- Ruíz Sánchez, J. J., & Cano Sánchez, J. J. (1992). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España: Madrid.
- Ruíz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Scribd. (06 de 06 de 2014). *La conducta asertiva como habilidad social*. Obtenido de Crecimiento Personal: <https://es.scribd.com/document/228441973/La-Conducta-Asertiva-Como-Habilidad-Social>
- Sociedad española de psiquiatría; La terapia cognitiva conductual*. (17 de 12 de 2007). Obtenido de [sepsiq.org](http://www.sepsiq.org): <http://www.sepsiq.org>

- Técnicas de Relajación. (2018). *La relajación progresiva*. Obtenido de Técnicas de relajación: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>
- Vallejo, M. J. (01 de 02 de 2001). *Researchgate*. "Duelo de los padres ante el nacimiento de un niño con discapacidad". Obtenido de Researchgate: <https://www.researchgate.net/publication/26583051>
- Vásquez Valverde, C., Crespo López, M., & Ring, J. (26 de 07 de 1994). *psicosocial; Estrategias de Afrontamiento*. Obtenido de Psicosocial.net: <http://www.psicosocial.net>
- Wikipedia, La Enciclopedia Libre. (18 de 07 de 2018). *Concepcion de la salud y enfermedad en la Psicología Social de Enrique Pichon Riviere*. Obtenido de Concepcion de la Salud en Psicología Social : [https://es.wikipedia.org/wiki/Concepci%C3%B3n\\_de\\_salud\\_en\\_Psicolog%C3%ADa\\_social](https://es.wikipedia.org/wiki/Concepci%C3%B3n_de_salud_en_Psicolog%C3%ADa_social)

## **ANEXO**

## Anexo N° 1

## HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1



**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 27 de junio 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** B.S.

**Edad:** 28 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 10 de marzo de 1990.

**Nivel de Instrucción:** Pre media.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, Bda. Santa Isabel.

**Motivo de consulta:** Previamente citado B.S., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, esta manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse deprimida, no comía, no dormía, intentos de suicidio, lloraba constantemente y se asevera cuando se siente muy preocupada por alguna enfermedad de su hija o si está pasando por algún problema, por lo que siente temor de perder el control.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde hace un año incorporo a su hija a la escuela por solicitud del fisioterapia del CSS y por el programa de ángel guardián ya que la niña debía recibir educación. Asiste 3 veces a la semana a llevar a su hija a la escuela, el bus de la escuela la recoge y la lleva a la escuela; ella manifiesta no sentirse bien algunas veces se deprime y llora por la situación económica ya que no le alcanza el dinero para medicamentos y el hogar, ya que desde que



diagnosticaron a su hija con parálisis cerebral, tuvo un intento de suicidio, no dormía, no comía y estaba muy deprimida ya que no sabía que hacer era una adolescente apenas y no tenía ningún conocimiento sobre ese diagnóstico y estaba abrumada. Refiere tener también alteraciones del sueño, lo cual, sumado a lo anterior, le dificultan su diario actuar, tanto en lo personal como en el familiar.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hija nunca ha recibido ayuda psicológica, solamente le aclararon el diagnóstico médico de su hija y las prescripciones médicas que debería cumplir al pie de la letra para el sostenimiento y cuidados de su hija.

Es por ello que desde aquella fecha la paciente nunca se le ha brindado ayuda psicológica. Refiere la paciente que siente que su vida es muy difícil, que a veces ya no puede más por tantas cosas que se le vienen encima, que todo es culpa de ella, que desea tomar el control de su vida, superar la situación económica, tiene un miedo por perder a su familia y a su angelito.

Actualmente dice que desea salir adelante, está un poco relajada porque tiene una casa gracias al MIVI, pero le hace falta mucho.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnóstico de su hija hace 10 años cuando le diagnosticaron parálisis cerebral a su hija manifiesta la paciente que este hecho y las posteriores circunstancias como enfermedad de la niña, la situación económica, el recuerdo del trauma que sufrió por haber sido abandonada por sus padres; la han afectado significativamente su vida y el concepto de sí misma ya que se ve como una carga, se culpa de la enfermedad de su hija, lo cual es notorio en todas las áreas de su vida.

**Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la quinta de 6 hermanos de su familia de origen, posee cinco hermanos que residen en diferentes lugares del país, sus padres actualmente su papa vive con ella tiene diabetes y su madre vive con su actual pareja residen en el corregimiento de Chitré.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observa que está presentando nuevamente una infección en el ojo el cual fue removido y tiene un remplazo del mismo, esto la tiene estresada y preocupada le ha bajado su autoestima, siente incapaz ante las situaciones que está afrontando.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia maternal, pero si en familia paternal, su padre (diabetes).

**Familia, relación sociales y afectivas:** B.S. procede de una familia disfuncional, de la cual es la quinta entre sus hermanos, vivió hasta los cinco años con su padre ya que su madre lo abandono (ella se llevó a sus dos hermanos mayores y a los otros los dejo con su papá) porque era alcohólico. Fue denunciado a las autoridades por negligencia; cuando bebía ella y sus hermanos dormían afuera de la casa bajo un árbol con frio, hambre y recuerda como la picaban los sancudos tenía toda la piel llena de picaduras de sancudo; una vecina les ofrecía algo de comer algunas veces. La vecina lo denunció recuerda que tenía cinco; ella y su hermana fueron llevadas por las autoridades a un tutelar en la provincia de Chiriquí; sus otros hermanos la más pequeña fue criada por su madrina y el otro no estaba al momento cuando llegaron las autoridades. Refiere la paciente que fue muy difícil para ellas ya que nunca su madre intento recuperarlas y ambos se desentendieron de ellas.

Sus padres tenían trabajos informales, a la edad de 12 años fue criada por una señora que quiere y aprecia mucho fue la persona que le brindo el cariño materno. A los 15 años se fue para Panamá por pedidos de su hermana para que trabajara y estudiara; su madre de crianza le aconsejo que no se fuera que siguiera estudiando, pero no la obedeció ya que deseaba estar con su hermana. Al poco tiempo conoció a una persona en Panamá y salió embarazada; el embarazo había transcurrido con normalidad, se complicó cuando las contracciones iniciaron no podía trasladarse al hospital fue un taxi que le hizo el favor de llevarla y por tal razón su hija nació antes de llegar al hospital en ese transporte público. Los doctores evaluaron a su hija informándole que la falta de oxígeno en la vena principal la afecto ocasionándole la parálisis cerebral severa, microcefalia, atrofia óptica o ceguera.

Mientras convivio con esa pareja vivían en constantes peleas, él bebía demasiado y se ausentaba del hogar constantemente, tenía otras mujeres esos fueron los motivos por cual lo abandono producto de esa relación tiene otra hija, pero está sana.

Actualmente tiene otra pareja es una persona muy amable, paciente, callada y cooperadora la apoya con de su hija que tiene parálisis cerebral y con él tiene una niña. El lleva el sustento a su hogar.

No tiene una vida sociable porque entre los cuidados y atenciones de su familia no tiene tiempo para socializar.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** B.S. laboró un tiempo en un hotel y una granja, pero debió renunciar debido a que no contaba con alguien que la ayudara a cuidado de sus hijas. Actualmente es ama de casa, cose para relajarse (piezas típicas) está al cuidado de su hija las 24 horas del día.

B.S. se muestra como una persona resignada, en ciertos momentos triste, insegura, le preocupa mucho no poder contar con los medicamentos para su hija ya que está pasando por una situación económica muy difícil su esposo no tiene empleo y está presentando problemas de presión alta debido al estrés.

Manifiesta sentirse incapaz algunas veces y preocupada no llorar delante de sus hijas y no puede dormir. En estos momentos está preocupada por una enfermedad en su ojo ya que una infección hace 3 años ocasiono que perdiera la vista y debido a esto debieron remover dicho ojo (tiene un ojo falso), actualmente está presentando problemas en el mismo ojo que la tiene muy triste y preocupada.

**Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 63 en el total de las áreas lo cual indica una insatisfacción, requiere de orientación y consejería oportuna.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente presenta el uso constante de la estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardenoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnóstico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada y el cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico previo de sintomatología trastorno adaptativo crónico, ya que B.S. es una persona que se encuentra en una situación donde constantemente debe adaptarse al entorno que le rodea con todos los altos y bajos del diagnóstico de parálisis cerebral y los conflictos no resulto en su ambiente familiar producto del abandono de sus padres, los problemas económicos y el decaimiento de su salud; tanto en lo físico, como lo psíquico, han ocasionado una sobrecarga de estrés, matizado por la desesperanza e incertidumbre.

Se evidencia claramente problemas con relación a su estado emocional, humor depresivo, sentimiento de inferioridad, vacío o desesperanza y que estaban reprimidos antes del diagnóstico de parálisis cerebral de su hija; le dificulta desenvolverse de forma adecuada en el ámbito familiar y social.

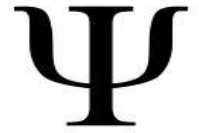
Sus motivaciones e intereses se encuentran bajos, se apoya y enfoca en sus hijas y esposo, donde saca las fuerzas para continuar.

**Recomendaciones:**

- Realización de actividades como coser que la relajen.
- Asistir a orientación o consejería para sobrellevar sus conflictos con sus padres.
- Establecer relaciones sociales con otras personas.
- Participar en cursos que la puedan ayudar aprender una forma de sustento sostenible.

## Anexo N° 2

## HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1



**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 12 de junio 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** A.V.

**Edad:** 26 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 25 de marzo de 1992.

**Nivel de Instrucción:** Primaria.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, Caña Fistulo de Pocrí

**Motivo de consulta:** Previamente citado A.V., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse nerviosa, triste, insomnio, no dormía, siempre estaba preocupada, lloraba constantemente y dice tener un desconocimiento total sobre la parálisis cerebral.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde que incorporo a su hijo a la escuela por solicitud de los especialistas, fisioterapia y por el programa de ángel guardián ya que el niño debía recibir educación. Asiste 2 veces a la semana a llevar a su hijo a la escuela, el bus de la escuela no puede buscarla para

llevarla debido a que es una distancia larga y económicamente son una familia de escasos recursos; ella manifiesta no sentirse bien algunas veces se deprime, le da miedo estar sola al cuidado de su hijos en especial del que presenta parálisis cerebral, por temor a no saber qué hacer si le pasa algo; su situación económica es baja pero tiene el apoyo de su esposo y familia para comprar los medicamentos y asistir a citas médicas. Ella dice que era solamente una niña cuando se casó y salió embarazada está en la escuela IPHE (Problemas de aprendizaje) desde que diagnosticaron a su hijo con parálisis cerebral, tenía miedo de golpear o lastimar al niño ya que temblaba mucho, siempre estaba preocupada y ella no sabía cómo se cuidaban los niños su mamá la ayudaba, pero su miedo aumentaba cuando debía quedarse sola en las noches en el hospital del niño, no dormía y estaba muy deprimida ya que no sabía que hacer era una adolescente apenas y estaba abrumada. Refiere tener también alteraciones del sueño, lo cual, sumado a lo anterior, hacía muy difícil la vida cotidiana, tanto en lo personal como en lo familiar.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hijo nunca ha recibido ayuda psicológica, solamente le aclararon el diagnóstico médico de su hijo, pero ella no entendía nada de la información recibida y solo le proporcionaron las prescripciones médicas que debería cumplir al pie de la letra para el sostenimiento y cuidados de su hijo.

Es por ello que desde aquella fecha el paciente nunca se le ha brindado ayuda psicológica. Refiere la paciente que siente que su vida es muy difícil, que se deprimió mucho con su segundo embarazo no salía de su casa por miedo a que sus familiares le cuestionaran el embarazo; dice sentirse a veces muy triste y le preocupa enfermarse y no saber quién va a cuidar a su hijo.

Actualmente dice que desea salir adelante, y tomar el control de las cosas, pero le preocupan sus hijos, el menor tiene problemas de aprendizaje y ella no sabe cómo ayudarlo porque ella no entiende las tareas de la escuela de su hijo.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnóstico de su hijo hace 10 años cuando le diagnosticaron parálisis cerebral a su hijo manifiesta la paciente que este hecho y las posteriores circunstancias de su entorno familiar le ponen muy nerviosa, no come y no duerme bien. Se culpa de la enfermedad de su hijo, porque ella no sabía cuidar correctamente a un bebé.

#### **Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la tercera de 5 hermanos de su familia de origen, posee cuatro hermanos que residen en diferentes lugares del país, pero no tiene una buena relación con ellos; sus padres actualmente su papá vive solo en su casa y tiene diabetes y su madre está unida al hermano de su esposo; ella vive con su esposo e hijos en el corregimiento de Pocrí, cerca de su suegra una señora de avanzada edad que la quiere como una hija y la ayuda con sus hijos.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, a nivel intelectual tiene problemas de aprendizaje, tampoco se observan enfermedades, a parte de las expuestas, de consideración. Si se observó un descuido en su forma de vestir desaseo, y esta despeinada.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia maternal, solo problemas de depresión y a nivel paternal su padre tiene diabetes.

**Familia, relación sociales y afectivas:** A.V. procede de una familia disfuncional, de la cual es la 3 entre sus hermanos, vivió hasta los 15 años con sus padres, los considera a su papá



una persona responsable, trabajador y siempre se preocupó por llevar el sustento a su hogar; su madre muy atenta y nunca les ha dado la espalda a sus hijos y a contado con su ayuda para cuidar a su hijo. Actualmente ella se encarga de cuidar a su papá lo visita en su casa y está pendiente de sus medicamentos. No tiene buena relación con sus hermanos porque dice que son envidiosos y no se preocupan de su papá y no comprenden que ella debe estar al pendiente de su hijo con parálisis cerebral.

Refiere la paciente que a los 15 años conoció a su esposo que era 15 años mayor que por medio de su madrina, era muy inocente y no sabía nada respecto a las relaciones sexuales lo cual le provocaba vergüenza y pena con su esposo. Su padre se enojó con su madre cuando supo que le había escondido que tenía un novio mucho mayor que ella y su esposo decidió casarse con ella y llevársela con él a su casa.

Su esposo es una persona paciente y trabajadora y la quiere mucho sobre todo la apoya mucho, son una familia de escasos recursos económicos.

Actualmente tienen su casa en un terreno que les dio sus suegros cerca de ellos para ayudarla con sus hijos, ellos la quieren como a una hija. No es una persona sociable ya que le da pena iniciar una conversación y no le gusta estar en las casas ajenas.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** A.V. nunca a laboro desde que nació su hijo y lo diagnosticaron con parálisis cerebral ha estado al pendiente de sus necesidades. Actualmente es ama de casa, pasa la mayor parte del día donde su suegra ya que se siente tranquila y segura acompañada.

A.V. se muestra como una persona insegura, en ciertos momentos triste, falta de confianza en sí misma para el cuidado de sus hijos, le preocupa mucho enfermarse y no saber que pasara con sus hijos.

Manifiesta sentirse incapaz algunas veces y se pone muy triste sin ganas de nada.

**Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 71 en el área total cual indica un nivel de muy insatisfecho, requiere de orientación y consejería oportuna.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente usa constantemente las estrategias centradas en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardenoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnóstico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada en el cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico de trastorno adaptativo crónico, ya que A.V. es una persona que se encuentra muy triste. Incapaz e insegura respecto al cuidado de su hijo con parálisis cerebral porque necesita supervisión y apoyo de alguien para cuidar del niño. Refleja un decaimiento en su estado de ánimo, debido al entorno, tanto

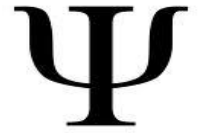
en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés. Marcada pérdida de confianza en sí mismo y problemas para conciliar el sueño.

Se evidencia claramente problemas en su estado de ánimo, tristeza, sentimiento de inferioridad, vacío o desesperanza y que no estaban presente antes del diagnóstico médico.

Sus motivaciones e intereses se encuentran ausentes, no quiere hacer nada, pero sabe que debe cuidar de su hijo y por él se sobre poner algunas veces.

**Recomendaciones:**

- Asistir a recibir orientación o consejería terapéutica.
- Debe realizar actividades que la mantengan distraída de sus preocupaciones constantes.
- Recibir educación especial o terminar su primaria; debido a que solo curso hasta 5 grado.

**Anexo N° 3****HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1**

**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 23 de agosto de 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** A.A.

**Edad:** 37 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 22 de junio de 1981.

**Nivel de Instrucción:** Bachiller.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, Guararé.

**Motivo de consulta:** Previamente citado A.A., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, esta manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse triste, comía poco, dormía poco, imponte, con rabia y un dolor muy grande, lloraba constantemente y se asevera cuando se siente muy preocupada por alguna enfermedad de su hijo. Ya que su hijo era un niño sano y saludable; refiere la paciente que a los 4 años convulsiono desde 4:00 am – 4:00 pm; donde es hospitalizado por 20 días en Panamá y diagnosticado posteriormente con parálisis cerebral.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), a la escuela por solicitud de los especialistas y fisioterapia del CSS y por el programa

de ángel guardián ya que el niño debe recibir educación. Asiste 3 veces a la semana a llevar a su hijo a la escuela; ella manifiesta no sentirse bien algunas veces se deprime y llora; a su mente vienen los recuerdos de aquel niño sano que tuvo y como en un instante le cambio todo su mundo, son una familia de clase baja, su esposo es conductor de camiones a veces tiene trabajo y otras no, pero siempre se esfuerza por llevar el sustento a su hogar. A raíz del diagnóstico de su hijo con parálisis cerebral, todo cambio para ellos como familia, dormía poco, comía poco y ese sentimiento de impotencia y rabia por no haber podido ayudar a su hijo, se siente culpable y estaba abrumada.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hijo recibido ayuda psicológica por corto tiempo para asimilar el proceso traumático de la enfermedad de su hijo, le aclararon el diagnóstico médico de su hijo y las prescripciones médicas que debería para el cuidado de su hijo.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnostico de su hijo hace 8 años (hay que resaltar que el niño tiene 12 años) cuando le diagnosticaron parálisis cerebral a su hijo manifiesta la paciente que este hecho y las posteriores circunstancias como adaptarse al hecho de que su hijo no volvería a ser ese niño que nació sin ningún problema no es fácil de resolver sobre todo en su mente, la preocupación y el deseo de que su hijo tenga alguna mejoría la han afectado significativamente su vida y se culpa de la enfermedad de su hijo. Tiene otro hijo que es el mayor, ellos son la fuerza y apoyo para salir adelante todos los días.

**Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la menor de 5 hermanos de su familia de origen, posee cuatro hermanos, pero creció sola con sus padres ya que sus hermanos ya estaban mayores, ellos residen en diferentes lugares del país, sus padres actualmente su papá está jubilado, no era afectivo, no le gustaba trabajar y tenía el vicio del alcohol su madre en cambio era trabajadora, afectiva y con un carácter fuerte.

No se observa problemas en su desarrollo psicomotriz, de lenguaje, ni intelectual, tampoco se observan enfermedades, a parte de las expuestas por la enfermedad de su hijo.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia maternal, pero si en familia paternal, su padre padece de diabetes y cáncer de colon.

**Familia, relación sociales y afectivas:** A.A. procede de una familia nuclear, de la cual es la quinta entre sus hermanos, vivió con sus padres hasta que se unió con su pareja, la relación con sus hermanos era muy tranquila ya que todos eran mayores y estaban casados. Su niñez y adolescencia fue tranquila nunca fue rebelde ni le causo preocupaciones a sus padres.

Se unió y producto de esa relación tienen dos hijos, su esposo es tranquilo, trabajador y siempre la apoya; la paciente refiere que tienen una buena relación.

#### **Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional**

A.A. laboro un tiempo en un almacén, pero debió renunciar debido a que debía cuidar a su hijo. Actualmente es ama de casa, cose para relajarse (piezas típicas) está al cuidado de su hijo las 24 horas del día.

A.A. se muestra como una persona resignada, en ciertos momentos triste, impotente, incapaz algunas veces y preocupada por lo que será de su hijo.

**Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 36 en el área total lo que nos indica que se encuentra dentro los rangos de normalidad.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente utilizo constantemente las estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardenoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnostico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada en el cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma la existencia de un trastorno adaptativo, ya que A.A. es una persona que su entorno cambio radicalmente a raíz de la convulsión de su hijo, a nivel psíquico, cada vez que tiene remembranzas le provocan mucho dolor y rabia por no poder haber ayudado a su hijo, persiste un sentimiento de culpa.

Se evidencia claramente problemas en su estado de ánimo si debe abordar la enfermedad de su hijo.

Sus motivaciones e intereses se encuentran en procurar que sus hijos estén bien, se puede decir que tiene un nivel adecuado dentro de lo normal.

**Recomendaciones:**

- Realizar actividades le permitan distraer sus pensamientos como la costura u otras actividades.



**Anexo N° 4****HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1**

**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 15 de junio 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** M.G.

**Edad:** 26 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 26 de noviembre de 1992.

**Nivel de Instrucción:** Pre media.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, El Sesteadero.

**Motivo de consulta:** Previamente citado M.G., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse deprimida, no comía, no dormía, miedo, lloraba constantemente, solitaria, sin apoyo de su pareja o madre, asevera cuando se siente muy preocupada por alguna enfermedad de su hijo o si está pasando por algún problema, por lo que siente una falta de confianza en sí misma.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde que se le indico que su hijo debía asistir a la escuela por solicitud de especialistas y del fisioterapia del CSS y por el programa de ángel guardián. Asiste todos los días a llevar a su hijo a la escuela, el bus de la escuela la recoge y la lleva a la escuela; ella

manifiesta no sentirse bien algunas veces se deprime y esta de mal humor en su casa, pelea constantemente con su pareja debido a que no la ayuda, le recrimina que los niños no son de él, (le ha solicitado reiteradas veces que le realice un examen de ADN a los niños para que no la cuestione) su situación económica es difícil porque él no le da suficiente dinero para medicamentos y el hogar.

Refiere la paciente que desde que diagnosticaron a su hijo con parálisis cerebral, no dormía, no comía y estaba muy deprimida, con un miedo ya que no sabía que hacer era una adolescente apenas y no tenía ningún conocimiento sobre ese diagnóstico y estaba abrumada. Refiere tener también alteraciones del sueño, ansiedad por comer, triste porque su madre nunca se ha preocupado por ella y sus hijos sumado a lo anterior, le dificultan su diario actuar, tanto en lo personal como en el familiar.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hijo nunca ha recibido ayuda psicológica, solamente le aclararon el diagnóstico médico de su hijo y las prescripciones médicas que debería cumplir.

Es por ello que desde aquella fecha la paciente nunca se le ha brindado ayuda psicológica. Refiere la paciente que siente que su vida es muy difícil, porque la reportaron al ministerio de niñez y adolescencia acusándola de negligencia al cuidado de sus hijos, a veces ya no puede más por tantas cosas que se le vienen encima, que todo es culpa de ella, que desea salir huyendo por la falta de apoyo, tiene un miedo por perder a sus hijos, lo que le causa estrés repercutiendo en su entorno personal y familiar.

Actualmente dice que desea salir adelante, pero no sabe cómo hacerlo ya que no tiene estudios y nadie puede ayudarla con el cuidado de sus hijos.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnóstico de su hijo hace 9 años cuando le diagnosticaron parálisis cerebral manifiesta la paciente que este hecho y las posteriores circunstancias como enfermedad de la niña, la situación económica, el trauma de haber sido violada que sufrió por parte de su hermano cuando era una niña; la han afectado significativamente su vida y el concepto de sí misma ya que se ve como una carga, incapaz, vacía y con un sentimiento de inferioridad por las constantes humillaciones de su pareja, lo cual afecta su entorno y es notorio en todas las áreas de su vida.

### **Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la cuarta de 5 hermanos de su familia de origen, posee cuatro hermanos que residen en diferentes lugares del país, no mantiene buenas relaciones con los mayores solo con el menor. Actualmente su papa está muerto y su madre vive con otra pareja y su hermano menor que tiene problemas de aprendizaje asiste al IPHE de Chitré. Vive con su pareja, pero el solo llega los fines de semana trabaja en una finca. Se observa problemas de aprendizaje (estudio en el IPHE de Los Santos), desaseo en su vestimenta, despeinada tampoco se observan enfermedades, a parte de las expuestas por la condición de su hijo.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia maternal, solamente problemas de aprendizaje por parte de su hermano menor; ni en la familia paternal refiere no saber.

**Familia, relación sociales y afectivas:** M.G. procede de una familia disfuncional, de la cual es la cuarta entre sus hermanos, vivió con ambos padres hasta los once años porque su padre falleció en un accidente de tránsito, señala que su padre era trabajador, tenía problemas con

el alcohol y le pegaba a su madre, pero era el único que le daba cariño; en cambio con su madre no tenía una buena relación con , no se preocupaba por ella, la dejaba sin comer, le tiraba piedras y le pegaba con el puño comenta que una vez le dejó el ojo morado y su mamá le dijo a las persona que se había golpeado con la cama; siempre sentía que prefería a su hermano en vez de ella. No tenía una buena relación con sus hermanos ya que uno de ellos la violó y su papá lo descubrió y lo largó de la casa.

Refiere la paciente que su pareja era su padrastro y que ella solo tenía 15 años y el 48 año que fue muy difícil para ella ya que esa relación terminó por dañar completamente el vínculo afectivo entre su madre y ella distanciándolas por completo.

A los 15 años su padrastro la comenzó a enamorar le brindaba cariño y afecto, al poco tiempo salió embarazada era una adolescente y no sabía cómo cuidar correctamente a un niño, nadie la guió u orientó sobre cómo ser madre; su hijo bebió líquido amniótico no reaccionaba a los 5 días se sobrepone y se enferma nuevamente la leche le ocasionó una diarrea deshidratándolo y convulsionó varias veces. Al mes de estar hospitalizado le informan que el niño tenía parálisis cerebral.

Actualmente está unida a su pareja señala que su hijo es trigueño y la enfermera comentó que ese niño no era de él ya que el señor es de tez blanca, desde ahí comenzaron las peladuras, nunca la ha acompañado a una cita médica y no cuenta con el apoyo de sus familiares. Su esposo es una persona que la lastima hiere emocionalmente siempre y le recrimina diciéndole que no son sus hijos.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** M.G. nunca ha laborado y no sabe lo que sería de ella si su pareja fallece ya que no cuenta con el apoyo de nadie para el sustento económico y no ha aprendido un oficio para poder ganarse la vida. Actualmente es ama de casa está al cuidado de su hijo las 24 horas del día.

M.G. se muestra como una persona resignada, en ciertos momentos triste, insegura, le preocupa mucho no poder contar con los medicamentos para su hijo y la salud de él además debe cuidar de sus otros hijos menores, todos estos problemas sobre la legitimidad de paternidad, la denuncia de negligencia le ocasionan estrés y ansiedad por comer.

Manifiesta sentirse incapaz algunas veces y un sentimiento de inferioridad aunado al hecho de no tiene confianza en sí misma.

#### **Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 67 en el área total de entorno lo cual indica un nivel de insatisfacción, requiere de orientación y consejería oportuna.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente presenta el uso constante de la estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardenoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones

cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnóstico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada y cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico Trastorno adaptativo crónico, ya que M.G. es una persona que se encuentra en una situación de conflicto y de decaimiento emocional en su entorno, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, marcado por la desesperanza e incertidumbre sobre que va ser de ella y sus hijos.

Se evidencia claramente problemas con relación de pareja, el trauma ocasionado por la violación ya que refiere era la primera vez que le decía a una persona que fue violada, su estado emocional, sentimiento de inferioridad, vacío o desesperanza que están presente, y que se han acrecentado después del diagnóstico de parálisis cerebral de su hijo.

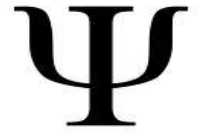
Sus motivaciones e intereses se encuentran bajos, solo esta enfoca en sus hijos son su motivo de seguir y luchar.

**Recomendaciones:**

- Recibir una psicoterapia para lidiar con los traumas familiares y de violación que fue víctima cuando era niña.
- Tomar un curso o aprender un oficio para llevar el sustento a su hogar.
- Realizar actividades que le permitan relajarse.

## Anexo N° 5

## HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1



**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 19 de junio 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** P.Q.

**Edad:** 31 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 13 de agosto de 1985.

**Nivel de Instrucción:** Primaria.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, El Carate.

**Motivo de consulta:** Previamente citado P.Q., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse triste, confundida, no dormía, miedo, preocupada, solitaria, sin apoyo de su pareja, insegura y con una falta de confianza en sí misma.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde que se le indico que su hijo debía asistir a la escuela por solicitud del especialistas y el fisioterapia del CSS y por el programa de ángel guardián. Asiste todos los días a llevar a su hijo a la escuela, se traslada por sus propios medios; ella manifiesta no sentirse bien algunas veces se deprime y esta de ensimismada en su casa, se separó de su pareja porque él no quería tener hijos además por su infidelidad, le recrimina que no la ayude,

su situación económica es difícil ya que es madre soltera; su hermana y madre la apoyan y vive con ellas, debido a esto resulta difícil comprar los medicamentos y llevarlo a las citas médicas.

Refiere la paciente que desde que diagnosticaron a su hijo con parálisis cerebral (por la falta de oxígeno en el cerebro), no dormía, estaba muy triste, con un miedo ya que no sabía que hacer no entendía lo que le decían los doctores (su nivel de escolaridad es de primaria 1 grado además estaba en el IPHE) no tenía ningún conocimiento sobre ese diagnóstico y estaba abrumada.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hijo nunca ha recibido ayuda psicológica, solamente le aclararon el diagnóstico médico de su hijo y las prescripciones médicas que debería cumplir. Pero para ella una persona sin educación no entiende nada y total desconocimiento sobre lo que significa este diagnóstico.

Es por ello que desde aquella fecha el paciente nunca se le ha brindado ayuda psicológica. Refiere el paciente que siente que su vida es muy difícil, porque ella y su hermana deben cuidar a su mamá que tiene cáncer además de su hijo, esta situación le causa estrés repercutiendo en su entorno personal y familiar.

Actualmente dice que desea salir adelante, pero no sabe cómo hacerlo ya que no tiene estudios y no puede dejar a su hermana sola con su hijo y madre enferma.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnóstico de su hijo hace 4 años cuando le diagnosticaron parálisis cerebral (fue cuando tenía 8 meses) manifiesta la paciente que este hecho era difícil para ella entender porque fue hasta los 8 meses producto de una hernia umbilical, ya que el niño lloraba tanto y se puso regido, convulsiono debido a las



fiebres y la falta de oxígeno al cerebro; fue cuando los doctores informarme que tenía parálisis cerebral. Opto por una actitud de resignación consideraba que como en su familia una tía tenía un hijo parálisis cerebral era normal esta situación

### **Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la menor de 9 hermano de su familia de origen, posee cuatro hermanos que residen en diferentes lugares de las tablas no mantiene buenas relaciones con ellos ya que desde que murió su padre producto de un derrame, están peleando las tierras y la casa donde vive con su madre y hermana también ya que las quieren desalojar y venderla. Sus hermanas están casadas y tienen su familia y si tiene buenas relaciones con ella.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia maternal, (Tía su hijo con parálisis cerebral) y su madre tiene cáncer y en la familia paternal refiere no saber.

**Familia, relación sociales y afectivas:** P.Q. procede de una familia nuclear, de la cual es la menor entre sus hermanos, vivió con ambos padres hasta que se uno a su pareja (11 años duro su relación), al separarse regresa a la familia de origen. No tiene una buena relación con sus hermanos, esto le preocupa mucho porque les tiene miedo y tienen problemas con el alcohol. En otra ocasión dos hermanos casi se matan peleando con machete por las tierras. Siempre vive preocupada por eso de no saber que pasara de ella y su hijo. Actualmente su papa está muerto y lo describe como una persona trabajadora, responsable y rígido pero cariñosos con ella, su madre en cambio es tímida, callada y trabajadora; nunca le pegaron. Solo tiene una buena relación con sus tres hermanas.

Actualmente está separada de su pareja le enoja mucho el engaño de su pareja porque después de once años de estar unido se entera que tenía otra relación y un niño de 4 años y a ella le recriminaba porque haber salido embazada después de 11 años juntos diciéndole que no quería hijo. Esa situación los llevo a separarse y no la ayuda económicamente vive de la ayuda de sus familiares. No tiene una vida social.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** P.Q. nunca ha laborado y no tiene un oficio de profesión por su falta de preparación académica, tampoco ha aprendido un oficio para poder ganarse la vida. Actualmente es ama de casa está al cuidado de su hijo las 24 horas del día.

P.Q. se muestra como una persona resignada, en ciertos momentos triste, insegura, con una auto estima baja (debido a que no tiene la dentadura de la parte superior) le preocupa mucho no poder contar con los medicamentos para su hijo y la salud de él además debe cuidar de su madre que tiene cáncer, el estrés que le causa los hermanos un temor constante ya que cada vez que toman pelean entre ellos las tierras

Manifiesta sentirse incapaz algunas veces y un sentimiento de inferioridad aunado al hecho de no tener confianza en sí misma, ensimismada, tímida y callada

**Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 54 en el área total de entorno lo cual indica un nivel de insatisfacción, requiere de orientación y consejería oportuna.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente presenta el uso constante de la estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardeñoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnóstico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada y cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico Trastorno adaptativo crónico, ya que P.Q. es una persona que se encuentra en una situación de conflicto por unas tierras y de decaimiento emocional en su entorno por la salud de su madre e hijo, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés para ella.

Se evidencia claramente problemas con relación de pareja, su estado emocional, sentimiento de inferioridad, vacío o desesperanza que están presente, y que se ha resignado con el diagnóstico de su hijo siente que ni modo esa situación de su hijo no va a mejorar ya que presenta parálisis cerebral de su hijo.

Sus motivaciones e intereses se encuentran bajos, solo esta enfoca en su hijo su motivo de seguir y luchar.

**Recomendaciones:**

- Tomar un curso o aprender un oficio para llevar el sustento a su hogar.
- Buscar ayuda con las autoridades correspondientes para resolver el problema de las tierras motivo de las constantes peleas entre hermanos.
- Asistir a la escuela a terminar su educación.

## Anexo N° 6

## HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE N° 1



**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 4 de julio 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** L.D.

**Edad:** 30 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 10 de marzo de 1988.

**Nivel de Instrucción:** Bachiller.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, Guararé.

**Motivo de consulta:** Previamente citado L.D., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse triste, la preocupación le provocaba comer, muy confundida ya que nunca le explicaron que tenía su hijo, no dormía, miedo, lloraba constantemente, solitaria, sin apoyo de su pareja, no acepta del todo la condición de su hijo.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde que se le indico que su hijo debía asistir a la escuela por solicitud del especialista y el fisioterapia del CSS y por el programa de ángel guardián. Asiste 2 días a llevar a su hijo a la escuela, el bus de la escuela le resulta difícil recogerlos ya que su niño es muy grande y gordito y no puede subirlo al bus por su peso; ella manifiesta no sentirse bien

algunas veces se deprime, porque los doctores le dicen que el niño debe bajar de peso para operarle sus piernas y ella lo tiene a dieta y no observa resultados favorables y los doctores le recriminan causándole estrés y triste siente que ellos la perciben como irresponsable y no es así.

Refiere la paciente que nunca le han explicado concretamente el diagnóstico de su hijo presenta síndrome de Moebius acompañado de parálisis, y otras complicaciones como hemofilia, no dormía, no comía y estaba muy deprimida, con un miedo sola porque su pareja la dejó después de nacer el niño.

Refiere tener también alteraciones del sueño, triste porque no contó con su pareja para pasar este proceso, solo sus padres se han preocupado por ella y su hijo, esto le causa estrés ya que el peso de su hijo la afecta físicamente ella debe cargarlo y se le resiente su espalda.

Luego del diagnóstico nunca ha recibido ayuda psicológica, ni le aclararon el diagnóstico médico de su hijo y solo las indicaciones de cómo cuidarlo para procurar el bienestar de su hijo.

Actualmente dice que siempre ha sabido salir adelante con la ayuda de sus padres y sabe siempre están para ella y su hijo; ella vive sola con su hijo en una casa que le proporcione el MIVI adecuada a las necesidades de su hijo.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnóstico de su hijo hace 10 años cuando le diagnosticaron a la paciente, este hecho tuvo un impacto muy grande ya que es su primer hijo y se encontraba muy confundida al no recibir información concreta sobre la enfermedad del niño, padece de alteraciones del sueño, su autoestima está baja, no cree poder tener otra pareja, con un sentimiento de inferioridad que afectan todas las áreas de su vida.

Antes de recibir el diagnóstico no tenía estos síntomas porque trabajaba y estaba iniciando sus estudios universitarios. Su madre la anima a que estudie porque le preocupa que va a ser de ella y su nieto si fallece. Debido a la mutación genética que posee el niño que solo se presenta 1 en mil personas.

### **Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la mayor de 2 hermanas de una familia disfuncional, tiene una hermana que vive en Guarané. Actualmente su papá trabaja como mecánico y está separado de su mamá que es una persona muy trabajadora y responsable ella la ayuda con su hijo.

Se observa que es una persona que desea salir adelante, tiene problemas de la espalda por trasladar de un lugar a otro su hijo y tiroides (hipotiroidismo).

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia materna solo de presión arterial, y su padre de presión arterial.

Ya no tiene una vida social porque no tiene tiempo y su hijo requiere que ella este con él.

**Familia, relación sociales y afectivas:** L.D. procede de una familia disfuncional, de la mayor tiene una hermana menor, tiene una buena relación con ambos padres que la apoyan, con su hermana la relación es un poco tensa en ocasiones ya que siempre tienen discusiones ella es muy celosa y posesiva a la vez envidiosa.

Refiere la paciente que su pareja era una persona que ya había tenido otras relaciones e hijos es más ella lo ayudaba mientras trabajo en un restaurante apoyándolo en las necesidades de su hijo. Después de salir embarazada su relación cambio el se fue alejando hasta que le dijo que no quería más hijos y decide separarse, en estos momentos pasa por una situación difícil

ya que no tiene trabajo y le tuvo que poner una pensión donde se molestó; y la amenaza e insulta porque por su culpa ahora ya no le dará nada. Esta situación le provoca estrés porque considera que es cierto su madre la ayuda, pero ha pasado demasiado tiempo sin recibir su apoyo económico hay momentos donde ella se abstiene del alimento para que sea su hijo el que pueda alimentarse por su falta de recursos.

Actualmente no tiene pareja y vive sola con su hijo en su casa batallando para salir adelante. Algunas veces cose los bordados de polleras para tener un ingreso económico.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** L.D. laboró en un restaurante y su deseo es poder tener una cafetería para mantenerse y salir adelante con su hijo. Pero desafortunadamente es ama de casa, su prioridad es cuidar de su hijo ya que nadie debido a su peso puede estar trasladándolo de un lugar a otro.

L.D. se muestra como una persona resignada, en ciertos momentos triste, insegura, le preocupa mucho no poder contar con los medicamentos para su hijo y llevarlo a sus citas médicas, toda esta situación resulta demasiado agotadora que causa un estrés al no saber muchas veces de donde obtendrá el dinero para llevarlo a la escuela o al doctor.

Manifiesta sentirse incapaz algunas veces y un sentimiento de inferioridad, que la lleva a deprimirse y encerrarse en su casa.

### **Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 54 en el área total de entorno lo cual indica un nivel de insatisfacción, requiere de orientación y consejería oportuna.



**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente presenta el uso constante de la estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardeñoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnóstico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada y cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico Trastorno adaptativo crónico, ya que L.D. es una persona que se encuentra en una situación económica muy difícil para poder movilizarse de un lugar a otro y sufragar sus necesidades alimenticias, tanto en lo físico, como lo psíquico, le están provocando una sobrecarga de estrés.

Es bueno señalar que la paciente desea huir de sus problemas ya que esto se observó en los instrumentos de evaluación.

Se evidencia problemas de negación al no aceptar totalmente la condición de su hijo, su estado emocional desánimo y tristeza, sentimiento de inferioridad.

Sus motivaciones e intereses se encuentran bajos, solo esta enfoca en su hijo es su motivo de seguir y luchar.

**Recomendaciones:**

- Recibir ayuda u orientación psicológica para trabajar la negación de la enfermedad de su hijo.
- Tomar un curso o aprender un oficio para llevar el sustento a su hogar.
- Realizar actividades que le permitan relajarse y divertirse.



## HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE Nº 1

**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 13 de junio 2018

### Datos generales del entrevistado

**Nombre:** A.F.

**Edad:** 25 años.

**SEXO:** F

**Fecha de nacimiento:** 23 de octubre de 1992.

**Nivel de Instrucción:** Bachiller.

**Ocupación:** Ama de casa.

**Dirección:** Las Tablas, La tiza.

**Motivo de consulta:** Previamente citado A.F., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse inestable emocionalmente, indica sentirse deprimida, lloraba mucho, comía poco, no dormía, rabia y enojo decía porque a ella y su hija miedo, a ella tenía 5 meses de embarazo cuando le informaron que su hija tenía microcefalia y a los 8 meses desarrollo hidrocefalia; comenta que solo se la pasaba durmiendo y comía poco.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde que se le indico que su hijo debía asistir a la escuela por solicitud de especialistas y del fisioterapia del CSS y por el programa de ángel guardián. Asiste 2 días a la semana a llevar a su hija a la escuela, su pareja la lleva a la escuela aunque es reacio a llevarla le da la impresión de que la escuela y la terapia no ayudan a la niña, pero ella la sigue llevando porque siente que es beneficiosos para la niña; ella manifiesta no sentirse bien

algunas veces se deprime y esta de mal humor en su casa, pelea con su esposos porque le gusta irse los fines de semana a tomar con sus amigos pero reconoce que siempre llega temprano a la casa, ella esta agota gran parte del día ya que tiene 4 hijos y la niña con parálisis solo tiene 3 años y tiene otra niña de 1 1/8 meses sana. Ella vive en la casa de sus suegros la señora es de avanzada edad y desea tener su casa propia pero el dinero señala no les alcanza para comprar una ya que tienes muchos gastos económicos.

Refiere la paciente que desde que diagnosticaron a su hija con parálisis cerebral, dormía mucho, ya que estaba embarazada con le informaron no comía y estaba muy deprimida, con un miedo y rabia ella una adolescente cuando se unió a su pareja solamente tenía 15 años.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hija nunca ha recibido ayuda psicológica, solamente le aclararon el diagnóstico médico de su hija y las prescripciones médicas que debería cumplir.

Refiere la paciente que siente que su vida es muy difícil, porque criar 4 niños no es fácil además de una con necesidades especiales y una beba pequeña; su hermana la ayuda algunas veces cuando llega a visitarla con el cuidado de sus hijos; se siente estresada y cansada la mayor parte del tiempo repercutiendo en su entorno personal y familiar.

Actualmente dice que desea tener casa propia, pero no sabe cómo pueden llegar a tener vivienda propia.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnostico de su hijo hace 3 años cuando le diagnosticaron parálisis cerebral, tuvo ictericia hasta los 3 meses manifiesta la paciente que este hecho y las posteriores circunstancias como otras enfermedades como

resfriado porque sus otros hermanos también están pequeños y la contagian, lo que ha provocado que la niña sea hospitalizada hasta ella misma.

### **Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** La paciente es la segunda de 4 hermanos de su familia de origen, residen en diferentes lugares de las tablas, mantiene buenas relaciones con ellos sobre todo con una hermana que la ayuda algunas veces a cuidar a sus otros niños. Actualmente sus padres están bien su papa es ganadero es una persona trabajadora, estricto y muy sobreprotector, su madre es una mujer sumisa los cuida muy bien, es cálida y afectuosa.

Se observa una persona responsable con su hija, no se expone ninguna enfermedad congénita, en su familia maternal y paternal.

**Familia, relación sociales y afectivas:** A.F. procede de una familia nuclear, de la cual es la segunda entre sus hermanos, vivió con ambos padres hasta los 15 años tiene una buena relación con sus padres y hermanos.

Refiere la paciente que su pareja es mayor que ella labora como mecánico es una persona responsable y trabajadora que quiere mucho a sus hijos, se molesta porque sale a fiestas los fines de semana en lugar de estar con ellos, pero siempre llega temprano como a las 8:00 de la noche.

Actualmente vive con su pareja en la casa de sus suegros con sus hijos, sale muy poco porque no le gusta, no se relaciona con sus amistades porque no tiene tiempo para estar pendiente de sus hijos.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** A.F. nunca ha laborado ya que siempre ha estado al cuidado de sus hijos y no ha aprendido un oficio

para poder ganarse la vida. Actualmente es ama de casa está al cuidado de sus hijos las 24 horas del día.

A.F. se muestra como una persona resignada, en ciertos momentos triste, de mal humor, abrumada y estresada por tanto trabajo al cuidado de sus hijos, le preocupa mucho no poder contar con los medicamentos para su hijo y no poder ser buena madre con todos sus hijos.

**Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 39 en el área total de entorno lo cual indica un nivel de normal, fue la única paciente que paso de un nivel de insatisfacción a normal.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** la paciente presenta el utilizzo constante de la estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardenoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnostico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada y cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico Trastorno adaptativo crónico, ya que A.F. es una persona que se encuentra en un decaimiento emocional en su entorno,

tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, marcado por la preocupación de todos sus hijos.

Se evidencia claramente problemas de humor, cansada y estresada; aislada de todas sus amistades por falta de tiempo. Es la única paciente que se observó un cambio efectivo en trastorno adaptativo pese a su estrés, considera que el amor de sus hijos es el motor para seguir adelante porque ellos siempre están dando cariño y amor.

Sus motivaciones e intereses se encuentran en su hijo, son su motivo de seguir y luchar.

**Recomendaciones:**

- Tomar un curso o aprender un oficio para llevar el sustento a su hogar.
- Realizar actividades que le permitan relajarse y liberar el estrés.

## Anexo Nº 8

## HISTORIA CLÍNICA PARTICIPANTE Nº 1



**Entrevistador:** Psicóloga Mixia Y. Camarena Prado

**Fecha:** 15 de junio 2018

**Datos generales del entrevistado**

**Nombre:** G. P.

**Edad:** 36 años.

**SEXO:** M

**Fecha de nacimiento:** 22 de mayo de 1982.

**Nivel de Instrucción:** Primaria.

**Ocupación:** Mecánico.

**Dirección:** Las Tablas, Enea de Guará.

**Motivo de consulta:** Previamente citado G. P., se presenta al servicio de psicología para entrevista clínica a profundidad, este manifiesta sentirse siempre preocupado por la salud de su hija y estresado de que pueda pasarle algo, indica sentirse triste, no comía, no dormía, miedo de no saber cómo podía hacerle frente a esa situación, vivía constantemente cerca de su esposa por el intento suicida que realizo, de mal humor y tenía miedo de perderlas a ambas, debido a eso estaba estresado y agotado; es una persona callada y se resignó aceptar la condición de su hija.

**Historia de enfermedad:** El paciente se encuentra asistiendo al IPHE de Los Santos (Las Tablas), desde que se le indico que su hija debía asistir a la escuela por solicitud del especialistas y del fisioterapia del CSS y por el programa de ángel guardián. Asiste todos los



días a llevar a su hija a la escuela, es una persona muy activa en la escuela procura el bienestar de los niños y es cooperador en las actividades de la misma; permanece en la escuela mientras su hija está recibiendo las clases. Su esposa trabaja en las mañanas es maestra y él trabaja después que su esposa llega del trabajo; se reparten las obligaciones y el cuidado de su hija considera que nadie mejor que sus padres para cuidarla. Es una persona muy responsable siempre está al día con los medicamentos y las citas médicas en Panamá.

Refiere tener también alteraciones del sueño, no comía, tristeza y miedo de perder a su familia.

Luego del diagnóstico de parálisis cerebral de su hija nunca ha recibido ayuda psicológica, solamente le aclararon el diagnóstico médico de su hija y las prescripciones médicas que debería cumplir.

Es por ello que desde aquella fecha el paciente nunca se le ha brindado ayuda psicológica. Refiere el paciente que las discusiones con su esposa son por la forma como maneja ya que siempre está a la defensiva porque tiene un temor de que lo choquen especialmente cuando anda con su hija. La falta de oxígeno al cerebro fue la causa de su diagnóstico y es la razón por la cual sobreprotege mucho a su hija por el temor que le suceda algo.

Actualmente dice que desea salir adelante, pero no sabe cómo hacerlo ya que no tiene estudios y nadie puede ayudarla con el cuidado de sus hijos.

**Cronología de los síntomas:** Desde que le dieron el diagnóstico de su hija hace 9 años con parálisis cerebral manifiesta el paciente que su vida cambió para volcar su atención al cuidado y protección de ella, siente que debe ser fuerte, triste, con alteraciones del sueño e incapaz y con un sentimiento de inferioridad el cual afecta su entorno y es notorio en todas las áreas de

su vida. Esta traumatizado por la atención que recibió por parte de la doctora, ya que considera fue la causante de que su esposa casi se suicidara. Es una persona que por lo general siempre está enojada como a la defensiva.

### **Información sobre relaciones familiares, sociales y afectivas**

**Curva biológica y crecimiento:** El paciente es el mayor de 4 hermanos de su familia de origen, posee un hermano por parte de su padre cuatro; ellos residen en las tablas y tiene buenas relaciones con ellos. Actualmente sus padres están separados su papá es agricultor, tiene un carácter fuerte señala que siempre han tenido una buena relación al punto que cuando sus padres se separaron cuando tenía 11 años decide irse a vivir con su padre y su madre es amable y muy paciente vive en Chitré. Vive con su esposa, tienen una buena relación lo único que le molesta dice su esposa es que siempre está enojado o de mal humor, disfruta los momentos con su familia en especial ir a la playa porque a su hija le encanta.

Su nivel educativo es primario, es una persona callada, reservada y tímida su vestimenta es adecuada, presenta enfermedades de circulación, osteoporosis, riñones, desgaste de las rodillas y de migraña que algunas veces lo incapacitan totalmente.

No existen antecedentes de enfermedades congénitas en su familia maternal, ni en la familia paternal. Solamente sufren de presión alta sus padres.

**Familia, relación sociales y afectivas:** G. P. procede de una familia disfuncional, en la cual es el mayor entre sus hermanos, vivió con ambos padres hasta los once años porque separaron, tiene una buena relación con sus hermanas y su hermano tiene problemas psiquiátricos a raíz de la muerte de ella.

Refiere el paciente que tienen 17 años de casados que se quieren mucho y se apoyan para cuidar de su hija, que la única queja de su esposa es que se enoja. No tiene una vida social ya que considera que sus amistades son doble cara por un lado están hablando y por el otro están hablando mal de ti por esa razón prefirió alejarse de ellos.

Su esposa es una persona que ha salido salir adelante gracias a que trabaja y eso le sirve de terapia porque no está encerrada en la casa pendiente solamente del cuidado de su hija.

**Entrevista con el usuario: información de trabajo actual y estado emocional:** G. P. trabaja como mecánico dice que aprendido a no comprometerse demasiado con un cliente cuando arregla los carros ya que nunca queda bien con las personas y eso le estaba causando demasiado estrés, porque no dormía pensando en cumplir con sus obligaciones, al punto que afectaba su humor repercutiendo en su hogar.

G.P. se muestra como una persona resignada respecto a la condición de su hija, en ciertos momentos triste, le preocupa mucho faltarle a su hija y no saber quién las ayudara.

Manifiesta sentirse preocupado, ansioso cuando su hija enferma.

### **Test aplicado para efecto del estudio:**

**Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell:** presenta el paciente una puntuación en el cuestionario de 54 en el área total de entorno lo cual indica un nivel de insatisfacción, requiere de orientación y consejería oportuna.

**Escala de Modos de Afrontamiento de Lazarus:** el paciente presenta el uso constante de la estrategia centrada en las emociones, lo cual significa que este método tiene lugar cuando

ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno.

**Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardenoso:** son las diversas creencias irracionales que persona manifiesta acerca de su entorno. Las distorsiones cognitivas que se asocian con su incapacidad de sobrellevar el diagnóstico de parálisis cerebral se considera efectivo; debido a que existe un cambio en su forma de pensamiento.

**Impresión psicológica:** De acuerdo a la entrevista realizada y cuestionario de Bell, así como los demás instrumentos utilizados se confirma el diagnóstico Trastorno adaptativo crónico, ya que G.P. es una persona que se estresa y preocupa mucho por el cuidado de su hija su estado emocional afecta su entorno, tanto en lo físico, como lo psíquico, provocando una sobrecarga de estrés, marcado por tristeza e incertidumbre sobre que va ser de su familia si algo le pasa.

Sus motivaciones e intereses se encuentran centrados, en su familia sobre todo en su hija que son su motivo de seguir y luchar.

**Recomendaciones:**

- Seguir con la psicoterapia para modificar totalmente sus distorsiones cognitivas.
- Realizar actividades que le permitan relajarse.

# MANUAL DE TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

## (Manual para el Terapeuta)



Adaptado para los Pacientes con el Trastorno de Adaptación  
Crónico de Hijos con Parálisis Cerebral del IPHE de Los Santos  
(Las Tablas)

Lic. Mixia Camarena Prado

Basado en las Sesiones de Terapia de Magister Laura Domínguez  
(De su Tesis de Maestría en Psicología Clínica)

Basado en el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento  
Cognitivo Conductual de Depresión -2007

Ricardo Muñoz, Sergio Aguilar- Gaxiola John Guzmán

Panamá, 2019

<b>Tabla de Contenido</b>
---------------------------

Reunión Introductoria

Módulo N° 1

**Psicoeducativa:**

Sesión 1

Sesión 2

Sesión 3

Sesión 4

Módulo N° 2

**Re-estructuración Cognitiva**

Sesión 5

Sesión 6

Sesión 7

Sesión 8

Módulo N° 3

**Fortalecimiento cognitivo**

Sesión 9

Sesión 10

Sesión 11

Sesión 12

Sesión 13

Sesión 14

## **Reunión Introductoria**

En esta reunión se procede a explicar a los pacientes de manera general, el propósito del tratamiento el cual consiste en que aprenda a identificar y establecer los objetivos de la terapia de grupo; a la vez sus pensamientos y como estos intervienen en su conducta; también proveerlo de las herramientas o estrategias de afrontamiento adecuado que le servirán en el futuro.

Se establecen las consultas con los pacientes las cuales serán (2) sesiones semanales de (2) horas, de forma grupal, un total de 14 sesiones. El día y la hora son acordadas con el paciente en conjunto con el terapeuta de acuerdo a los días y la hora que el niño tenga clase en el IPHE de Los Santos (Las Tablas); enfatizando que es necesario su asistencia y puntualidad.

Se les informa que aprenderán a identificar sus pensamientos, sus creencias irracionales y la facilitación de estrategias de afrontamiento que es necesario que el adquiriera; de no poder asistir a una sesión se reprogramara para que el paciente, este a nivel del grupo.

Establecer una firme alianza con los pacientes para minimizar sus ausencias o tardanzas.

## Identificar los Pensamientos que Afectan al Paciente

### Sesión #1

- Ψ **Presentación:** presentarse compartiendo información personal relevante. En caso de que el(la) paciente no responda, a modo de modelaje, puede compartir información similar que desea que comparta el (la) paciente.
- Ψ **Presente el propósito de la sesión de hoy:** la sesión consta de varios propósitos; ir conociéndolos mejor, discutir las reglas para las sesiones de las terapias, aprender lo que es el trastorno de adaptación, indicarle cual es la terapia en la cual vamos a trabajar en las sesiones (el modulo incluye las sesiones y las actividades en la que se trabajara). Explicar cómo nuestros pensamientos afectan las emociones y conductas de las personas debido a la percepción de los eventos. Motivarlos a que expresen su información personal, como el lugar de nacimiento, composición familiar, sus intereses principales y cualquier otra información que deseen compartir.
- Ψ **Reglas para las sesiones de la terapia:** acordar con el paciente el horario de atenciones semanales (2). La importancia de su asistencia y puntualidad en las sesiones. Además de informarle sobre la importancia de realizar sus tareas para el hogar y hojas de trabajo; debido a que le permitirán ir identificando los pensamientos distorsionados que actualmente están afectando sus sentimientos, conductas y creencias erróneas. Hablar sobre la confidencialidad y evitar contestar el teléfono al momento de las sesiones.
- Ψ **Como entender el trastorno de adaptación crónico:** Explicar en términos sencillos lo que se entiende por Trastorno de adaptación crónico; por ejemplo, que está relacionado con traumas y factores que les producen estrés a las personas; la



mayoría de las personas en un momento determinado hemos sufrido de estrés, como pérdida de empleo, accidentes, problemas económicos, etc. Ya sea por un tiempo corto o prolongado de nuestras vidas. Es necesario recibir tratamiento psicológico debido a que esos factores estresantes suelen sobre pasar a las personas interfiriendo en su desarrollo emocional y conductual.

Se amplía el concepto de ¿Qué es trastorno de adaptación? ¿Qué entiende Ud. Por estrés? Presente los síntomas clínicos del trastorno de adaptación integrando los síntomas que ha expuesto el paciente.

Explorar la frecuencia e intensidad de los factores estresantes que el paciente exponga cuya característica esencial es una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento.

Ψ **La Terapia Cognitiva Conductual:** es el tratamiento que se les brindara para el trastorno de adaptación crónico, estrategias de afrontamiento y creencias irracionales, comprende 14 sesiones (incluidas en ellas una reunión al iniciar y dos al finalizar) el tratamiento. Partiendo del supuesto teórico subyacente de que los afectos y conductas de un individuo están determinados en gran medida por la forma en que la estructura el mundo (Beck 1976). En otras palabras, la interpretación que le damos a los eventos de nuestra vida diaria, influyen sobre nuestras emociones y nuestro comportamiento y las respuestas fisiológicas consecuentes (1964).

✓ **“Cognitiva”:** se refiere a los pensamientos.

✓ **“Conductual”:** a las acciones.

✓ **“Trastorno de Adaptación”:** involucra pensamientos y emociones

“Si logramos entender como tus pensamientos y acciones afectan tus sentimientos, puedes aprender a tener un mayor control sobre los mismos y a sentirte mejor”.

El propósito de la terapia es tratar el trastorno de adaptación crónico, mejorar las estrategias de afrontamiento y cambiar las creencias irracionales. Hay 4 metas para alcanzar nuestros objetivos.

1. Disminuir o eliminar los estresores.
2. Fortalecer las estrategias de afrontamiento.
3. Aprender formas de prevenir o evitar las creencias irracionales.
4. Tener más control de su vida.

Ψ **Las 14 sesiones de terapia se dividen en tres módulos.**

Módulo N°1: Psicoeducativa.

Módulo N° 2: Re-estructuración cognitiva

Módulo N° 3: Fortalecimiento cognitivo.

Lo que se busca con el tratamiento es que el paciente desarrolle técnicas o estrategias cognitivas con las que enfrente los factores estresantes. Que puedan entender y manejar sus pensamientos que influye en sus emociones y conducta.

Ψ **¿Qué es la ansiedad o nerviosismo?**

Haga una pregunta abierta facilitando una breve discusión al respecto incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

La ansiedad o nerviosismo es un mecanismo de defensivo. Es un sistema de alerta ante situaciones consideradas amenazantes (desencadenados por factores estresores), La función de la ansiedad es movilizar al organismo, mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas, de forma que no se produzcan o se minimicen sus consecuencias (Clínica de la ansiedad, 2018).

Ψ **La ansiedad afecta nuestro estado de ánimo (como se siente):** El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante para nosotros, o bien por la degradación de estatus o logros ya conseguidos. El ser humano desea lo que no tiene, y quiere conservar lo que tiene. Sin embargo, en algunos casos, este mecanismo funciona de forma alterada, es decir, produce problemas de salud y, en lugar de ayudarnos, nos incapacita. Pueden influir en que un mecanismo normal, saludable y adaptativo deje de serlo, produciéndole estrés, que afectan su estado de ánimo, sentimientos y conducta (Clínica de la ansiedad, 2018).

**Por ejemplo:** imagine que “Sufre serios problemas para dormir. Hay ocasiones en que se levanta alarmado en la mitad de la noche. Tiene problemas para concentrarse, incluso para leer el periódico o una novela. En ocasiones se siente un poco mareado. Su corazón se aceleraba o late fuertemente. Y eso le preocupa aún más. Siempre se imagina cosas peores que la realidad. Si tiene un dolor de estómago, piensa que es una úlcera”. En realidad, esa persona presenta situaciones de ansiedad y no lo sabe. Una buena forma de pensar sobre este tipo de terapia es que aprenderás algunas formas específicas para cambiar tus pensamientos y tus acciones, de tal forma que te sientas mejor.

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy?

Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

**Indicaciones:** Leer la hoja de trabajo #1, la cual consiste en explicar a los pacientes la escala SUDS (Unida Subjetiva de Ansiedad), que se emplea para conocer los niveles de ansiedad o nerviosismo que presentan algunos pacientes; para así ir conociendo los síntomas que experimenta y ser capaz de identificarlos en los momentos de estrés.

### **La determinación de la ansiedad en la situación**

La escala SUDS (Unidad Subjetiva de Ansiedad) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Después de responder a cada situación, evalúate empleando la puntuación SUDS. Al emplear la escala, evaluaras tu nivel de ansiedad desde 0 = completamente relajado, hasta 100 = muy nervioso o tenso.

Imagínate que estas completamente relajado y tranquilo. Para algunas personas esto ocurre, mientras descansan o leen un libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación de “0” a la manera de cómo te sientes cuando estas lo más relajado posible.

Luego imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema, imagínate el sentirte extremadamente tenso y nervioso. Quizás en esta situación tus manos se encuentren frías y temblorosas. Puedes sentirte marcado o tembloroso, o puedes sentirte cohibido. Para algunas personas las ocasiones en las que se siente más nerviosas son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente,

cuando se ejerce una presión excesiva de “100” a la manera que te sientes en esta situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la escala SUDS. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde 0 SUDS, completamente relajado a 100 SUDS muy nervioso.

0	5	10	15	20	25	.....	80	85	90	95	100
---	---	----	----	----	----	-------	----	----	----	----	-----

Completamente

Totalmente

Relajado

Nervioso

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar como usar esta escala, escribe tu puntuación SUDS, en este momento.

La puntuación SUDS la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentras en la vida real. El método de relajación que has aprendido te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUDS. La experiencia de altos niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

La cantidad que seas capaz de reducir tu puntuación SUDS en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, que puntuación SUDS tenías inicialmente, que tipo de conductas se requiere, y la persona quien dirige el comentario. No pensamos que tu

objetivo es 0 o un 5 en todas las situaciones. Objetivo será reducir tu nivel de SUDS hasta un punto que te sientas suficientemente cómodo para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación SUDS, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagínate que te está sucediendo en esa situación. Después que te imaginas la situación, escribe la cantidad de ansiedad que sientes (puntuación SUDS). Cuando te imaginas en esta situación, intenta como te sentirás si estuviera sucediendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso o tenso mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo que sientes más ansiedad. Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso puedes emplear mejor los ejercicios de relajación. (Domínguez Cedeño, 2007)

#### TAREA PARA LA CASA #1

Evaluar la intensidad de los sentimientos o estado de ánimo al final del día. Queremos saber cómo se siente cada día de la semana y como ha cambiado a lo largo de la terapia; basándonos en la SUDS. Anote en su cuaderno de registro los niveles que presento. Por ejemplo, si tiene los síntomas de la lista abajo; marque el nivel según la SUDS. Luego entréguelo al terapeuta y recordar realizarlo cada semana y para así poder medir los niveles de mejoría del paciente o situaciones estresantes de la semana.

#### TAREA PARA LA CASA #1

Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo.

Lea la siguiente lista y hable sobre sus experiencias de ansiedad o nerviosismo

1. Temblor en las rodillas
2. Brazos rígidos
3. Auto manipulaciones como rascarse, frotarse, otros.
4. Limitaciones del movimiento de la mano (en los bolsillos, en la espalda, entrelazados)
5. Temblor en las manos
6. Sin contacto ocular
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics u otros)
8. Cara inexpresiva
9. Cara pálida
10. Sonrojo o rubor
11. Humedecerse los labios
12. Tragar saliva
13. Respirar más despacio o más de prisa
14. Respirar con dificultad
15. Sudoración sin causa aparente (caras, manos, axilas)
16. Gallos en la voz
17. Tartamudeo o frases entrecortadas
18. Correr o aligerar el paso
19. Balancearse
20. Arrastrar los pies
21. Despejar la garganta
22. Boca seca
23. Dolor o acidez de estomago

- 24. Aumento de la frecuencia cuando se está sentado con una pierna montada sobre la otra.
- 25. Morderse las uñas
- 26. Morderse los labios
- 27. Sentir nauseas
- 28. Sentirse mareado
- 29. Sentir como si se ahogara
- 30. Quedarse inmovilizado
- 31. No saber que decir

**Identificar los Pensamientos que Afectan al Paciente**

**Sesión #2**



Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.

Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Trastorno de adaptación, Terapia Cognitiva Conductual, estado de ánimo o síntomas de ansiedad.

Ψ **¿Qué son los pensamientos?**

Haga una pregunta abierta facilitando una breve discusión al respecto incluya la definición que se presenta a continuación en la discusión.

Los pensamientos son ideas (o frases u oraciones) que nos decimos a nosotros(as) mismas. Nosotros(as) estamos todo el tiempo hablándonos mentalmente, pero no todo el tiempo nos damos cuenta. Son “objetos” o ideas que tienen un efecto real sobre nuestra mente y cuerpo.

Ψ **Los pensamientos afectan nuestro estado de ánimo (como se siente):**

diferentes tipos de pensamientos producen diferentes efectos en tu estado de ánimo. Algunos pensamientos aumentan la posibilidad de que te estreses, deprimas, mientras que otros te ayudan a impedirlo y a sentirte mejor o bien. De esta manera, el tener algunos tipos de pensamientos hace que te sientas más o menos estresado de esta manera, los pensamientos pueden tener un efecto sobre tu cuerpo, sobre tus acciones (lo que haces), sobre tu estado de ánimo (como te sientes).

**Por ejemplo:** imagine que va caminado por la calle solitaria, de repente, ves a una persona que viene caminando bien rápido detrás de ti; esa persona luce seria y te está mirando, entonces piensas que te asaltar. Inmediatamente, tu cuerpo, tus acciones y estado de ánimo reacción ante este pensamiento. Empiezas a sudar, se

te acelera el corazón y sientes un nudo en el estómago; comienzas a mirar sobre el hombro ya caminar más rápido, te sientes nervioso(as), temeroso(a) entonces pasa que la persona pasa a tu lado y continúa caminando con su paso acelerado mientras se aleja de ti. En realidad, esa persona tenía prisa y no pretendía asaltarte.

Una buena forma de pensar sobre este tipo de terapia es que aprenderás algunas formas específicas para cambiar tus pensamientos y tus acciones, de tal forma que te sientas mejor.

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud.

Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

### **TAREA PARA LA CASA #2**

**Indicaciones:** Lea la tarea #2 y escriba situaciones en la que usted se haya encontrado y que le hayan desencadenado emociones, conductas, y reacciones fisiológicas que lo afectaron en su condición de salud. Identifique además los pensamientos que tenía cuando estaba en esa situación

### **MATERIAL PARA LA SESIÓN**

## TAREA PARA LA CASA#2

Escoja situaciones en la que usted se haya encontrado y que le hayan desencadenado emociones, conductas, y reacciones fisiológicas que lo afectaron en su condición de salud. Identifique además los pensamientos que tenía cuando estaba en esa situación:

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta	Reacción Fisiológica

### COMO TUS PENSAMIENTOS AFECTAN TU ESTADO DE ANIMO SESION # 3

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), ¿Qué son los pensamientos? ¿Cómo afectan los

pensamientos nuestro estado de ánimo? El estado de ánimo o síntomas de ansiedad.

- Ψ **Como suelen pensar las personas con Trastorno de adaptación cuyo detonante es el “ESTRÉS”:** haga una pregunta de forma abierta o lluvia de ideas en torno al concepto del estrés. Algunos pensamientos que se generen pueden ser usados posteriormente, clasificando los mismos de la siguiente manera. De estos pensamientos que dijés ¿Cuáles tiene Ud.? O ¿Cuáles te pasan a ti? Las personas estresadas se muestran ansiosos(as) o nerviosos(as) suelen tener diferentes tipos de pensamientos negativos (inflexibles, enjuiciadores, destructivos e innecesarios). Puede utilizar el contraste entre los tipos de pensamientos. Muñoz et al (2007).

- ✓ **Pensamientos Negativos:** en general son todos los pensamientos que te hacen sentir mal, por ejemplo, “siempre me voy a sentir mal” o “Yo no sirvo para nada”.

- Ψ **Debemos reemplazarlos por Pensamientos Positivos:** que te hace sentir mejor, por ejemplo, “Puedo hacer cosas bien” o “Estoy mejorando”.

- ✓ **Inflexible:** son pensamientos rígidos, que no cambian. Por ejemplo, una paciente con estrés puede pensar “Siempre me siento mal” “Nunca me sale algo bien”. Un pensamiento **Flexible** utilizaría “muchas de las veces” en lugar de “Todo” o “Casi nunca” en lugar de “nunca.”

- ✓ **Enjuiciadores:** son pensamientos negativos acerca de uno mismo. Por ejemplo, la persona estresada podría decir “Soy un inepto” o “Soy desastre no valgo”. Un pensamiento **ADECUADO** podría ser decir “No seré la persona más inepta, pero tampoco soy incapaz de hacer las cosas” “Tengo

cualidades que me hacen una persona agradable” “No soy un billete de \$100 para caerle bien a todo el mundo”.

- ✓ **Destructivo:** nos hacen mucho daño. Por ejemplo, “No sirvo para nada” “Todo me sale mal” o “He cometido tantos errores que no puedo salir de mis problemas” Debemos reemplazarlos por **PENSAMIENTOS CONSTRUCTIVOS** que te ayudan a sentir mejor. Por ejemplo, “Yo puedo aprender a controlar mi vida para hacer lo que realmente quiero”.
- ✓ **Innecesarios:** no cambian nada y nos hacen sentir mal. Por ejemplo, “Va venir un huracán” “Va a pasarle algo malo a uno de mis hijos” o “Mi esposo(a) pronto me abandonara”. Los **PENSAMIENTOS NECESARIOS** te recuerdan las cosas que tienes que hacer, tales como “Tengo que ayudarle a mi hijo en sus terapias” “Mi hijo me pidió que fuéramos a la playa”.

- Ψ **Estilos de Pensamientos Dañinos:** es lo son distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa. Produciendo estrés en las personas que terminan afectando su salud. (González Pinto, 2015)
- Ψ Estas Distorsiones cognitivas son las siguiente, donde aparece su definición y un ejemplo de las mismas.

### DISTORSIONES COGNITIVAS

Distorsiones Cognitivas	Definición	Ejemplo
-------------------------	------------	---------

Inferencia arbitraria / saltar a las conclusiones.	Proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de evidencia empírica suficiente que la valide.	“No encuentro trabajo porque soy un desastre”
Catastrofismo	Proceso de evaluar el peor resultado posible de lo que ocurrió o va a ocurrir.	“Es peor que no lo intente porque fracasaré y será horrible”
Comparación	Tendencia a compararse llegando generalmente a la conclusión de ser inferior o mucho peor que los demás.	“Aunque me esfuerzo no consigo ser tan agradable como mi compañero”.
Pensamiento dicotómico/blanco o negro	Tendencia a colocar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás en categorías que sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	“O saco un 10 en el examen o soy un fracasado”.
Descalificación de lo positivo	Proceso de rechazar o descalificar las experiencias, rasgos o atributos positivos.	“Me salió bien la cena pero fue por chiripa”.
Razonamiento emocional	Formar opiniones o llegar a conclusiones sobre uno mismo, los otros o situaciones basándose en	“Siento terror de subirme al avión, es muy peligroso volar”.

	las emociones que experimenta.	
Construir la valía personal en base a opiniones externas	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	“Mi novio me dice que soy una inculta, seguro que tiene razón”.
Adivinación	Proceso de pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros y creerse que las predicciones son absolutamente verdaderas.	“Estoy segura de que aunque salga con amigos me sentiré mal”.
Etiquetado	Etiquetarse a uno mismo o a los demás de forma peyorativa.	“Soy un fracasado”.
Magnificación	Tendencia a exagerar o a magnificar lo negativo de un rasgo, persona, situación o acontecimiento.	“Me ha salido el examen fatal, es horrible, no lo puedo soportar”.
Leer la mente	Conclusión arbitraria de que alguien está pensando negativamente de uno sin evidencia que la apoye.	“Sé que mi padre, en el fondo, piensa que soy un inútil”.
Minimización	Proceso de minimizar o quitar importancia a algunos eventos, rasgos o circunstancias.	“Me han llamado los amigos cinco veces, pero podrían haberme llamado más”.

Sobregeneralización	Proceso de extraer conclusiones basándose en una o pocas experiencias, o aplicarlas a una amplia gama de situaciones no relacionadas.	“Me ha salido mal la comida, nunca seré capaz de hacer nada bien”.
Perfeccionismo	Esfuerzos constantes por cumplir con alguna representación interna o externa de perfección sin examinar lo razonable de estas normas perfectas, a menudo en un intento de evitar experiencias subjetivas de fracaso.	“Las cosas hay que hacerlas perfectas, si no es mejor no hacerlas”.
Personalización	Proceso de asumir causalidad personal en las situaciones, eventos y reacciones de los otros cuando no hay evidencia que la apoye.	“María y Juan se están riendo, seguro que es de mí”.
Abstracción selectiva	Proceso de focalizarse exclusivamente en un aspecto, detalle o situación negativa, magnificando su importancia poniendo así toda la situación en un contexto negativo.	“Soy un desastre. He perdido el paraguas”.
Afirmaciones con “Debería”	Hace referencia a las expectativas o demandas internas sobre las	“Debería haberse dado cuenta de que yo lo estaba pasando mal y no



	capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables en el contexto en el que están llevándose a cabo.	continuar preguntándome”.
--	--	---------------------------

Fuente . (González, 2007)

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud.

Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

### **TAREA PARA LA CASA #3**

**Indicaciones:** Lea la tarea #3 y escriba situaciones en la que usted se haya encontrado con ansiedad y utilice la lista de distorsiones cognitivas, para identificar los pensamientos negativos que están influyendo y causándole ansiedad afectando su forma de pensar.

### **MATERIAL PARA LA SESIÓN #3**

### **TAREA PARA LA CASA #3**

Identifique las situaciones que haya tenido síntomas de ansiedad. Señale las distorsiones cognitivas tomando en cuenta la hoja de distorsiones cognitivas que se les entrego.

<b>Situación de ansiedad</b>	<b>Distorsiones Cognitivas</b>
------------------------------	--------------------------------

1.	
2.	
3.	

**IDENTIFICAR Y CORREGIR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS SESION # 4**

Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.

- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificación de los pensamientos negativos, Repasar la lista de distorsiones cognitivas.
- Ψ **Identificar y corregir los pensamientos negativos:** la identificación de los pensamientos negativos irracionales (distorsiones cognitivas). No es una tarea fácil, ya que las distorsiones cognitivas se producen de forma automática e instantánea, puede decirse que de forma refleja.
- Ψ **La técnica consiste en la discusión de los pensamientos automáticos negativos;** que se producen en situaciones que provocan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional (por ejemplo, “Creen que soy aburrido”) y su sustitución por creencias o pensamientos más racionales (como “No puedo leer la mente de otras personas, probablemente están cansados ahora”).

  - ✓ A medida que los pensamientos son enfrentados y puestos en duda, su capacidad para provocar estrés o ansiedad se debilita.
- Ψ **Como piensan las personas que no tienen pensamientos negativos:** Las diferencias entre los pensamientos negativos versus los pensamientos positivos.

  - ✓ **PUEDEN VER EL LADO POSITIVO DE LAS COSAS:**

**Negativo:** “mi familia es un desastre” “Soy bruto(a)”

**Positivo:** “mi familia tiene cosas malas, pero también tiene cosas buenas”
  - ✓ **NO SE DEFINEN POR SUS ERRORES, APRENDEN DE ELLOS:**

**Negativo:** “Rompí unos platos en casa, no sirvo para nada” “Llegue tarde al IPHE, soy un desastre”.

**Positivo:** “Rompí unos platos, debo concentrarme más en lo que hago”  
 “Debo madrugar un poca más para llegar temprano a la escuela”

✓ **TIENEN ESPERANZA PARA EL CAMBIO:**

**Negativo:** “Nunca me ha ayudado nada” “Nada va a cambiar”

**Positivo:** “nada de lo que tratado hasta ahora me ha ayudado, pero esto es nuevo y podría ser un buen momento para empezar a sentirme mejor” “Podría empezar cambiando algunas cosas que están bajo mi control” Voy a seguir tratando hasta que encuentre una solución.”

(González Pinto, 2015)

Ψ **AUMENTANDO LOS PENSAMIENTOS QUE PRODUCEN UN MEJOR ESTADO DE ÁNIMO:**

✓ **DETEN TODO LO QUE ESTAS HACIENDO:** cuando nos ponemos nerviosos(as) podemos tomarnos un descanso y darnos mentalmente un “**tiempito**” a nosotros(as) mismos(as). Permite que tu mente se relaje y toma un respiro. Se puede hacer un ejercicio de relajación.

✓ **AUMENTA EN TU MENTE EL NUMERO DE PENSAMIENTOS BUENOS:** Haz una lista los pensamientos buenos que tienes acerca de ti y de la vida en general (Provee una hoja para que realicen la lista y luego discútela con ellos (as)).

✓ **FELICITATE MENTALMENTE:** las otras personas no notan la mayoría de cosas que hacemos. Por lo tanto, importante que lo

reconozcas y te des crédito por ellas. (Pueden pedirle que identifique un motivo por el cual puede felicitarse mentalmente).

- ✓ **PROYECCION AL FUTURO:** imagínate a ti mismo(a) en el futuro, en un tiempo que las cosas serán mejores. Pida que se imagine en un futuro en 1, 5 y 10 años. Motive a que provea el mayor detalle posible utilizando visualizaciones (considere el lugar, la persona, la actividad, etc.).

Ψ **DISMINUYE LOS PENSAMIENTOS QUE TE HACEN SENTIR MAL:**

- ✓ **INTERRUMPE TUS PENSAMIENTOS:** cuando un pensamiento está afectando tu estado de ánimo, puedes identificarlo y tratar de interrumpirlo. Primero identifica el pensamiento; Después dite a ti mismo(a) “Este pensamiento está afectando mi estado de ánimo, por lo tanto, voy a pensar en otro.
- ✓ **TIEMPO PARA PREOCUPARTE:** programa un “tiempo para preocuparte” cada día para que puedas concentrarte en pensamientos necesarios y pasar el resto de día libre sin preocupaciones. El “tiempo para preocuparte” puede ser 10 a 30 minutos de duración diariamente, en un mismo horario por ejemplo de 7:00 am a 7:20 am.
- ✓ **RIETE DE LOS PROBLEMAS EXAGERANDOLOS:** si tienes un buen sentido del humor, trata de reírte de tus preocupaciones.
- ✓ **CONSIDERA LO PEOR QUE PUEDE PASAR:** a menudo pasa que algunos miedos que tienen las personas acerca de lo que podría pasar las hacen sentir mal y las paralizan. Para ayudarte a dejar de hacer predicciones negativas y prepararte para lo que pudiera ocurrir, es útil

preguntarte, ¿Qué pudiera pasar si \_\_\_\_? o ¿Que es realmente lo peor que pudiera ocurrir si \_\_\_\_?.

Ψ **Preguntas para identificar las distorsiones cognitivas:** esta lista nos permitirá cuestionarnos acerca de esos pensamientos negativos que nos están afectan y suplantarlos por pensamientos positivos. (González Pinto, 2015)

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días

#### **TAREA PARA LA CASA #4**

**Indicaciones:** lea las instrucciones; las preguntas para identificar las distorsiones cognitivas. Además, identificar las distorsiones cognitivas y elaborar la lista de pensamientos negativos y pensamientos positivos que le permiten repasar lo aprendido.

#### **MATERIAL PARA LA SESION #4**

##### **Hoja de Trabajo #4**

Preguntas para identificar las distorsiones cognitivas:

1. ¿Cuál es la evidencia?

¿Cuál es la evidencia a favor del pensamiento?

¿Cuál es la evidencia en contra?

2. ¿Hay alguna explicación alternativa?
3. ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir?

¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?

¿Cuál es la posibilidad más realista?

4. ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático?

¿Cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?

5. ¿Qué debo hacer al respecto?
6. ¿Qué le diría a \_\_\_\_\_ (un amigo) estuviese en esa misma situación.

### HABLANDOLE A TUS. PENSAMIENTOS SESION # 5

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificación de los pensamientos positivos, Aumentar

los pensamientos positivos e identificar las distorsiones cognitivas, Repasar la lista de distorsiones cognitivas.

Ψ **Hablándole a tus pensamientos El método A-B-C-D:** cuando te sientes mal, pregúntate a ti mismo(a), lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando.

**A-**Es el evento “**Activante**”, es decir, lo que sucedió.

**B-**es en ingles el “**Belife**”, (la creencia) o el pensamiento que estas teniendo, es decir lo que te dices a ti mismo(a), acerca de lo que está pasando.

**C-**es la “**Consecuencia**” de tu pensamiento, es decir, el sentimiento que tienes como resultado de tu pensamiento.

**D-**es la forma en que “**Discutes, Debates**” o le hablas a tu pensamiento (esto implica que se retiren los pensamientos negativos y se generen pensamientos alternos positivos).

**En estos ejemplos puedes usar el método A-B-C-D** (de la siguiente forma es preferible que traigas ejemplos presentado por los pacientes a través de las sesiones).

**A-**Mi hija no me vino a visitar esta semana (es un hecho).

**B-**Algunos pensamientos que podrías tener acerca de este hecho es so “Yo no le importa a mi hija” o “Mi hija no me quiere” o “Mi hija no quiere estar conmigo”.

**C-**La consecuencia de estos pensamientos es sentirse con coraje, tristeza y desilusión.

**D-**Yo puedo hablarles a estos pensamientos de la siguiente manera “Mi hija cancelo por problemas que tiene con su esposo” o “Mi hija siempre me ha



demostrado que me ama, aunque no pueda pasar mucho tiempo conmigo”  
(González Pinto, 2015)

### **EJEMPLO**

**A-**Mi pareja me dejó.

**B-**Soy feo(a), hice algo mal, debí hacer todo lo que él(ella) quería. No le gustare a ninguna otra persona.

**C-** Me sentí fatal y lloré mucho, Me encerré en mi cuarto.

**D-**Es mejor que este con una persona que me quiera y me aprecie; La relación no funciona con el(ella), pero no necesariamente fue algo que yo hice o deje de hacer. Yo puedo ser atractiva para otras personas.

Ψ **Ejercicios de practica con el método A-B-C-D.** Cuando te sientes mal, pregúntate a ti mismo(a), lo que estás pensando. Entonces trata de hablarle al pensamiento que te está molestando.

Usando la hoja de **Trabajo del Método A-B-C-D.** use algunas situaciones que el(ella) paciente haya comentado en una de las sesiones para practicar con el método A-B-C-D.

Además, utilice la hoja para medir su nivel de ansiedad utilizando la escala SUDS, recuerde que debe otorgarle un valor para saber cómo se encuentra

<b>A-Evento Activante</b> (¿Qué sucedió)	<b>C-Consecuencias</b> (Como reaccionaste)
<b>B-Belife</b> (Creencias de lo que sucedió, lo que te dijiste acerca de lo que sucedió y lo que influyo en tu reacción )	<b>D-Discutir o debatir la Creencia</b> (Los pensamientos alternos que podrían ayudarte a reaccionar de una manera saludable.)

(González Pinto, 2015)

Ψ **Algunos pensamientos que pueden contribuir a que te sientas mal**

**emocionalmete.** (Genera una discusión en la dirija cambiar o modificar los siguientes pensamientos a unos más positivos y flexibles. Seguido de cada pensamiento negativo se proveen ejemplos de pensamientos alternos. Una forma de hacerlo es leyendo uno de los pensamientos en voz alta y modelando para el (la) paciente una alternativa más flexible, luego le puede pedir al paciente que haga lo mismo con el siguiente pensamiento.

▪ **“Todas las personas me deben querer”**

No todas las personas me tienen que querer. Tengo personas que me quieren mucho.

▪ **“Debo hacer las cosas siempre bien”**

Quiero hacer las cosas lo mejor posible. Voy hacer lo mejor que puedo. Algunas cosas me salen muy bien.

▪ **“Soy malo(a)”**

Cometo errores como todo el mundo y eso no significa que sea mala; cometo errores y puedo aprender de ellos; cualquiera resbala y se cae, pero lo que vale es levantarse y aprender de la caída.

▪ **“Me sentiré muy mal si las cosas no suceden en la forma que quiero que sucedan”.**

Las cosas no siempre van a salir como yo quiero.

▪ **“Debo preocuparme por las cosas malas que me puedan pasar”**

No tiene sentido preocuparme por las cosas sobre las que no tengo control; no sé lo que vaya a pasar en el futuro.

- **“Nadie me quiere”**

Ahora talvez me sienta rechazado(a), pero eso no significa que nadie me quiera.

Tengo personas que me quieren.

- **“Nunca podre ser feliz”**

Ahora me siento triste, pero sé que las cosas pueden mejorar.

- **“Debo sentirme triste cuando a la gente que quiero le va mal”**

Es importante apoyar a la gente que quiero cuando le va mal, pero sintiéndome triste no ayudo a resolver el problema.

- **“Necesito la aprobación de todas las personas para sentirme bien”**

Puedo sentirme bien, aunque a otras personas no estén de acuerdo con lo que hago.

- **“Tengo que ser popular y aceptado por mis amistades para sentir que valgo algo”**

No soy un billete de cien para caerle bien a todo el mundo, lo importante es tener buenas amistades.

- **“Mi familia sufre por mi culpa”**

Hay cosas en mi familia que yo no puedo controlar, echar culpas no resuelve los problemas.

- **“Es mi responsabilidad resolver los problemas de las personas que quiero”**

No es mi responsabilidad resolver los problemas de las demás personas, pero si puedo ayudarlas; En lo que pueda ayudo.

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

### **TAREA PARA LA CASA # 5**

**Indicaciones:** lea las instrucciones escribir en la tarea situaciones donde utilice el método A-B-C-D y la ansiedad. Repasar los pensamientos negativos y positivos, repasar el método A-B-C-D.

### **MATERIAL DE SESION**

#### **TAREA PARA LA CASA # 5**

Llene el siguiente cuadro colocando situaciones que le provocan ansiedad, coloque luego el pensamiento, la reacción emocional, fisiológica y de comportamiento y el nuevo pensamiento la nueva reacción tanto emocional de comportamiento como fisiológica y evalúe cada uno donde 0 es la ausencia y 100 lo más alto e intenso:

Situación:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Pensamiento:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Reacciones:

Emocionales \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Comportamentales \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Fisiologicas \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Nuevos Pensamientos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emocionales \_\_\_\_\_

Comportamentales \_\_\_\_\_

Fisiologicas \_\_\_\_\_

### COMO PREPARARSE PARA LA RELAJACION SESION # 6

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificación de los pensamientos negativos y positivos, Aplicar el método de A-B-C-D, en las situaciones que confronto.
- Ψ **Como prepararse para la relajación:** la relajación es un método que ayuda a los pacientes a poder recuperar la tranquilidad que nuestro cuerpo y mente necesitan para un bienestar psicológico adecuado y óptimo.

- Ψ **Técnica de relajación progresiva:** Jacobson (1938) defiende que, tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a atender y a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. (Técnicas de Relajación, 2018).
- Ψ **Modelo propuesto por T. Carnwath y D. Miller:** nos hablan sobre tres etapas dentro del método para la relajación.

  - ✓ **ETAPA 1:** El método implica centrar la atención, primero, en la respiración. Con los ojos cerrados, notar cómo la respiración se enlentece hasta un ritmo fácil y regular. Este es el ritmo respiratorio natural, no requiere ningún esfuerzo por parte del individuo, ocurre por sí solo. Al fijarse en el ritmo respiratorio natural, puede ser de ayuda imaginarse visualmente el pecho subiendo y bajando al inspirar... y espirar..., inspirar... espirar... Solamente se trata de observar sosegadamente la frecuencia respiratoria natural durante tres minutos.
  - ✓ **ETAPA 2:** En la siguiente etapa el método de relajación completa se practica la tensión y la relajación musculares. Utilizando como guía la frecuencia respiratoria natural, se tensarán y después se relajarán grupos musculares de todo el cuerpo. Se hará dos veces para cada grupo muscular. Lo que es importante recordar es que se tensan los músculos al inspirar y se relajan al espirar. Por lo tanto, al inspirar hay que tensar un grupo muscular contrayendo los músculos un 75% de todo lo se puedan contraer, sin provocar dolores o calambres. La tensión se mantiene durante dos inhalaciones y, después, al espirar, la tensión se libera. Permitir que se libere de golpe al espirar, como si se estuviera expulsando del cuerpo. Si parece que queda algo de tensión, expulsarla con la siguiente

espiración. Acordarse de seguir respirando naturalmente al retener la tensión y de tensar solamente un grupo muscular, en concreto, cada vez. Otro consejo: al espirar, liberando la tensión, decir la palabra “relax” para sus adentros (mentalmente), de modo que la relajación se asocie mentalmente a la respiración y a la palabra “relax”. Después de relajar el grupo muscular, notar la diferencia entre la tensión y la relajación y cómo los músculos relajados se sienten blandos, calientes y pesados al “espirar” la tensión.

Ψ A continuación, se da una lista de los grupos musculares importantes que deben relajarse. Se deben seguir todos ellos en el orden que se indica, tensando y relajando cada grupo dos veces antes de pasar al siguiente:

1. Tensar las manos cerrando el puño y apretando. Relajar. Repetir.
2. Antebrazos. Doblar las manos por las muñecas, estirando los dedos hacia arriba. Relajar, Repetir.
3. Bíceps. Intentar tocarse los hombros con los puños respectivos, tensando los bíceps (antebrazo). Relajar. Repetir.
4. Hombros. Levantar los hombros como si se quisieran tocar las orejas. Relajar. Repetir.
5. Frente. Levantar las cejas el máximo posible. Relajar. Repetir.
6. Rostro. Arrugar la nariz y cerrar los ojos (apretándolos). Relajar. Repetir.
7. Labios. Apretar los labios uno contra otro. Relajar. Repetir.
8. Lengua. Apretar la lengua contra el paladar. Relajar. Repetir.
9. Cuello. Presionar la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada. Relajar. Repetir.

10. Pecho. Inspirar profundamente de modo que se expandan los músculos del Tórax. contener el aliento durante cinco segundos y después echarlo. Permitir que el ritmo respiratorio vuelva a ser normal y repetir el ciclo.
11. Estómago. Tensar, manteniendo hacia adentro, los músculos del estómago “aspirando” hacia la columna vertebral. Mantenerlo así durante cinco segundos y relajarlo. Permitir que se normalice la respiración y repetir.
12. Espalda. Hacer un arco con la espalda (separándola de la silla). Relajar. Repetir.
13. Piernas y muslos. Levantando las piernas de la silla o de la cama, tensar los músculos de los muslos. Relajar. Repetir.
14. Pantorrillas y pies. Levantar los dedos del pie hacia atrás, tensando los músculos de las pantorrillas. Relajar. Repetir.

☞ **Al terminar la relajación** de cada forma muscular, nótese la diferencia al liberar la tensión, lo bien que se siente uno estando relajado, caliente y pesado, para variar. Después de completar la secuencia de relajación muscular, sentir todo el cuerpo tumbado, pesado y relajado, hundiéndose en la silla o la cama. Seguir tumbado al mismo tiempo que continúa el ritmo respiratorio natural sin esfuerzo.

- ✓ **ETAPA 3:** En la tercera etapa de la relajación completa se intenta apartar de forma gradual la mente de las tensiones de la vida cotidiana, mientras se continúa estando alerta y despierto. Dicho de otro modo, esta etapa implica la relajación de la mente, además de la del cuerpo. La mejor forma de hacerlo es elegir, antes de comenzar la sesión la relajación, una imagen o un recuerdo favorito que se pueda explorar durante cinco o diez minutos en esta última etapa. Muchas personas encuentran muy relajante la imagen de estar tumbados en una playa cálida y



soleada. Si se elige esta imagen, se deben utilizar los sentidos para aprovechar al máximo esta sensación. Uno se puede imaginar que oye el sonido de las olas rompiendo suavemente contra la costa, el sonido de las gaviotas volando, o siente la sensación cálida del sol sobre la piel, de la suave brisa marina, del cuerpo tumbado en la arena caliente, el azul del mar moteado por el sol, el color de la arena, la forma de las nubes que pasan por el cielo, la fragancia del aire fresco del mar, la sensación de paz y tranquilidad y del bienestar que produce estar lejos de todo, solo y satisfecho en esta playa maravillosa. (Técnicas de Relajación, 2018).

- Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

#### **TREA PARA LA CASA #6**

**Indicaciones:** lea las instrucciones y practique las técnicas de relajación y el método A-B-C-D con su nivel de ansiedad y el nuevo pensamiento.

### **MATERIAL DE SESION**

#### **Hoja de Trabajo #5**

#### **Cómo prepararse para la relajación**

Piensa que estas aprendiendo una habilidad, como ir en bicicleta, que luego te ayudara.

Procura encontrar un rincón tranquilo, sin demasiado ruido que te distraigan. Para facilitar

la relajación, la habitación debe tener una luz tenue. La ropa ha de ser cómoda, que no te apriete. Quítete las gafas, pulseras, etc. Puede utilizar una cama y situar los brazos y piernas ligeramente apartados del cuerpo o bien en un sillón cómodo, y si es posible con brazos. Asegúrese que el cuello, los hombros y la espalda queden adecuadamente apoyados. Si durante la relajación te vienen a la mente escenas que te perturban o inquietan, no hagas nada, déjala pasar. Cierra los ojos.

### Respiración

Respira profundamente, inhalando por la nariz cinco veces profundamente y expirando por la boca, hacia fuera y despacio. Repítelo cinco veces.

Después de estas cinco respiraciones profundas continuas respirando de forma lenta y pausada, a un ritmo normal.

Desde ahora, cada vez que inhales, repite para ti mismo la palabra “calma” y con cada exhalación la palabra “tranquilo”, nota como al haber permitido que tu cuerpo se afloje, los músculos se relajan.

Sigue repitiendo la “calma” con cada inspiración y tranquilo con cada expiración, y con esta repetición, de manera continua las palabras aparecen de forma acompasada con el ritmo de tu respiración y la relajación se va haciendo más profunda.

La sensación de bienestar y calma profunda crece y se desarrolla...

Continúa relajándote de esta manera un poco más. Mantén los ojos cerrados pero acompasados, con cada inspiración y espiración continua repitiendo las palabras “calma” y “tranquilo”.

Ahora pasaremos a otra etapa de la relajación.

### Tensión y relajación muscular

Intentaremos estar atento a las sensaciones de tensión y distensión de los músculos.

Ahora tensa toda la musculatura de tu cuerpo, cada musculo queda tirante y tenso.

Tensa con fuerza los músculos de:

- Ψ Las piernas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ Los muslos: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ Las caderas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ Las pelvis: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ El abdomen: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ La espalda (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ El tórax: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ El cuello: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ La mandíbula: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ La frente: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar
- Ψ Los hombros: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar

Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato.

Esta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasaremos a otro nivel de relajación, un nivel mucho más profundo.

### Visualización

Piensa en una imagen agradable, una escena creada por ti mismo: una situación un lugar.

Cualquiera que te resulte agradable y relajante. Por ejemplo, estar en la playa con el ruido de mar, o en un bosque... Tomate el tiempo que te haga falta para encontrar la imagen, después utilizaras la misma para relajarte en cualquier lugar. Deja que tu mente divague entre recuerdos y escenas hasta encontrar la imagen.

Ahora imagina claramente la escena, mientras continúas repitiendo las palabras “calma” y “tranquilo” con cada inspiración y expiración. Realiza las dos cosas a la vez y nota el efecto doblemente calmante que te produce su ejecución.

Ahora trasládase a esa imagen que has creado, siéntete parte de ella, hazla tan tuya como te sea posible, y libera todas las tensiones.

Debes permanecer quieto durante unos minutos y, poco a poco abrirte muy lentamente a la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación de tu cuerpo, y empezar a incorporarte lentamente, sin movimientos bruscos o repentinos (Domínguez Cedeño, 2007).

## **MATERIAL PARA LA SESION**

### **TAREA PARA LA CASA #6**

Llene el siguiente cuadro colocando situaciones que le provocan ansiedad, coloque luego el pensamiento, la reacción emocional, fisiológica y de comportamiento y el nuevo pensamiento la nueva reacción tanto emocional de comportamiento como fisiológica y evalúe cada uno donde 0 es la ausencia y 100 lo más alto e intenso:

Situación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Pensamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Reacciones:

Emocionales \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Comportamentales \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Fisiologicas \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_

Nuevos Pensamientos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Emocionales \_\_\_\_\_

Comportamentales \_\_\_\_\_

Fisiologicas \_\_\_\_\_

**Hoja de Trabajo #6**

Con el material dado y situaciones identificadas por usted llene el siguiente cuadro

Situación	Pensamiento	Emoción	Comportamiento	Reacción Fisiológica	Nuevo Pensamiento	Nueva Emoción	Nueva Reacción Fisiológica

<b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SESION # 7</b>
--

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar las etapas de la relajación y realización de los ejercicios de relajación.
- Ψ **¿QUÉ SON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO?** “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” Lazarus y Folkman (1984)
- Ψ **La aparición del estrés y otras reacciones emocionales:** están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. valoración primaria consecuencias que la situación tiene para el sujeto primer momento; valoración secundaria Si se percibe como amenaza o desafío, valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas un segundo momento. Es una predisposición personal de hacer frente a las diversas situaciones de la vida. Son del dominio del sujeto y resultan de su experiencia.
- Ψ **¿Qué es la Evaluación Cognitiva?:** Lázaró afirmó que la evaluación cognitiva se produce cuando una persona toma en cuenta dos factores principales que influyen mayormente en su respuesta al estrés. Estos dos factores abarcan:

  1. La tendencia amenazadora del estrés en el individuo, y

2. La evaluación de los recursos necesarios para minimizar, tolerar o eliminar los factores de estrés y el estrés que ellos producen. (Lazarus & Folkman, Estrés y procesos cognitivos, 2015).

Ψ Generalmente, la evaluación cognitiva se divide en dos tipos o etapas: la evaluación primaria y la secundaria.

✓ **Evaluación Primaria:** En la etapa de evaluación primaria, el individuo tiende a hacer preguntas tales como: "¿Qué significa este factor de estrés y/o esta situación?" y "¿Cómo puede influir en mí?". Según los psicólogos, las tres respuestas típicas a estas preguntas son:

1. "Esto no es importante".
2. "Esto es bueno".
3. "Esto es estresante".

Para entender mejor la evaluación primaria, supongamos que de repente caen en tu ciudad una lluvia torrencial que no cesa. Podrías pensar que la lluvia torrencial no es importante, ya que en este momento no tiene planes de ir a ningún lugar. O podrías pensar que la lluvia es buena, ya que ahora no tienes que levantarte temprano e ir a la escuela porque se suspendieron las clases. O puedes ver la lluvia torrencial como algo estresante ya que habías programado una salida con tus amigos.

Después de responder estas dos preguntas, la segunda parte de la evaluación cognitiva primaria consiste en clasificar si el factor de estrés o la situación constituye una amenaza, un desafío o un daño/pérdida. Cuando ves el factor de estrés como una amenaza, lo ves como algo que te causará un daño futuro, como el fracaso en los exámenes o ser despedido del trabajo. Cuando lo ves como un



desafío, desarrollas una respuesta al estrés positiva porque esperas que el factor de estrés te conduzca a una mejor calificación en clase o a un mejor trabajo. Por otro lado, ver el factor de estrés como un "daño/pérdida" significa que el daño ya ha sido experimentado, como cuando una persona sufrió recientemente la amputación de una pierna o tuvo un accidente automovilístico.

- ✓ **Evaluación Secundaria:** A diferencia de otras teorías en donde las etapas generalmente vienen una tras otra, la evaluación secundaria tiene lugar simultáneamente con la evaluación primaria. De hecho, a veces la evaluación secundaria se convierte en la causa de una evaluación primaria. Las evaluaciones secundarias tienen que ver con los sentimientos relacionados con el manejo de los factores de estrés o del estrés que ellos producen. Las declaraciones firmes tales como: "yo puedo hacerlo si hago mi mayor esfuerzo", "voy a intentarlo, aunque mis posibilidades de éxito sean altas o no", y "si así no funciona siempre puedo probar con otro método" indican una evaluación secundaria positiva. Por el contrario, declaraciones tales como: "no puedo hacerlo, sé que fallaré", "no lo voy a hacer porque nadie cree que yo pueda" y "no voy a intentarlo porque mis posibilidades son bajas" indicar una evaluación secundaria negativa. Si bien las evaluaciones primarias y secundarias son generalmente el resultado de un encuentro con un factor de estrés, el estrés no siempre ocurre con la evaluación cognitiva. Un ejemplo es cuando una persona sufre un desastre repentino, por ejemplo, un terremoto, y no tiene mucho tiempo para pensar en ello. Sin embargo, sigue sintiéndose estresado por la situación.

- Ψ **LA TEORIA DE LAZARUS:** También conocida como la teoría de la apreciación cognitiva. Según esta teoría, el estrés se origina en la interacción entre la persona y el entorno, es decir: no hay situaciones que sean en si estresantes, sino que la reacción de estrés aparecerá en función de cómo la persona valore la situación. Concretamente, delante de una situación determinada hacemos dos tipos de valoraciones: la primera (apreciación primaria) distingue si la situación es potencialmente benigna o neutra o si por lo contrario es potencialmente estresante.
- Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

#### **TAREA PARA LA CASA #7**

**Indicaciones:** De la siguiente lista de situaciones identifique aquellas que pueden ser modificadas y las que no pueden ser modificadas. Además, reforzar las estrategias de afrontamiento de Lazarus; la evaluación primaria y evaluación secundaria.

## Estrategias de Afrontamiento

### Tema: “Estrés”

#### Hoja de trabajo# 7

De la siguiente lista de situaciones identifique aquellas que pueden ser modificadas y las que no pueden ser modificadas.

SITUACIÓN	PUEDE SER CAMBIADA	NO PUEDE SER CAMBIADA
1. Muerte de un ser querido.		
2. Padecer una enfermedad crónica como parálisis cerebral.		
3. Seguir una dieta.		
4. Ir al médico.		
5. Un familiar lo insulto.		
6. Un familiar se enfermó.		
7. Recibe ayuda en su hogar.		
8. Hacer ejercicios.		
9. Asistir a una fiesta.		
10. Ingerir alcohol		

## MATERIAL DE SESION

**TAREA PARA LA CASA #7**

Haga una lista de 10 situaciones que estén presentes en su vida actual y clasifíquelas en cuanto a si pueden ser modificadas o no.

SITUACION	PUEDE SER CAMBIADA	NO PUEDE SER CAMBIADA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

## TIPOS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO SESION # 8

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La teoría de Lazarus de estrés, las estrategias de afrontamiento, evaluación primaria y evaluación secundaria.
- Ψ **Estrategias de Afrontamiento:** según Casullo y Fernández Liporace (2001) citado por Razo, Angélica (2016) “El conjunto de respuestas específicas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera.”
- Ψ **Según Lazarus y Folkamn Tipos de estrategias de afrontamiento**

  - ✓ **Centradas en el problema:** La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema. Hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante.,.
  - ✓ **Centradas en la emoción:** La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo.
- Ψ **“Centradas en el problema” son más instrumentales, modifican el problema haciéndolo menos estresante**

  - ✓ **Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

- ✓ Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

#### Ψ “Centradas en la emoción”

- ✓ Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema.
- ✓ Distanciamiento: esfuerzos que realiza el sujeto por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.
- ✓ Autocontrol: afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- ✓ Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- ✓ Escape o evitación: implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

#### Ψ “Centrada en el problema y la emoción”

Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral. (Ruíz, Díaz, & Villalobos, 2012). Según Frydenberg citado por Razo, Angélica (2016), las divide en tres estilos, cada uno con diferentes estrategias. Estilos productivos o funcionales

1. Resolver el problema: Concentrarse Esforzarse y tener éxito Invertir en amigos y comprometerse.

2. Referencia hacia los otros Buscar apoyo: Social, profesional, espiritual. Acciones sociales.
3. Estilo no productivo o disfuncional: Preocuparse Hacerse ilusiones, No afrontar – Evitar Ignorar Reducir la tensión (adicciones) Reservarlo para sí Auto culpabilizarse.

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

#### **TAREA PARA LA CASA #8**

**Indicaciones:** identificar las técnicas de afrontamiento expuestas por Lazarus y Folkman; Los tipos de técnicas centradas en el problema y las centradas en la emoción. Realice la tarea para la casa identificando la situación y las distorsiones cognitivo.

Caso: La Sra. D. tiene 48 años, se encuentra muy preocupada y ansiosa porque le comunicó el médico que su esposo tiene que ser operado de la columna, pero que no hay riesgo. Ella piensa que la operación va a salir mal, pues cuando fue hablar con el médico, se pudo percatar que él estaba pensando que ése era un caso muy difícil y las cosas no saldrían bien. Manifiesta que, desde hace dos semanas, cuando le dieron la noticia, no ha podido dormir bien, siente palpitaciones, sudoraciones, temblores, las manos le sudan, se siente inquieta, sobresaltada. Señala que no entiende cómo el esposo, quien es el que va ser operado, esté tan tranquilo y ella esta tan angustiada y estresada. Tiene una semana sin ir a trabajar ya que se siente muy cansada y preocupada.

### **Hoja de trabajo #8**

Identifique



1. La situación\_\_\_\_\_

2. Clasifique las distorsiones cognitivas:

Saltar conclusiones:\_\_\_\_\_

Pensamiento catastrofismo:\_\_\_\_\_

Comparación:\_\_\_\_\_

Pensamiento dicotómico/ blanco o negro:\_\_\_\_\_

Descalificación de lo positivo:\_\_\_\_\_

Razonamiento emocional:\_\_\_\_\_

Valía personal en base a opiniones externas:\_\_\_\_\_

Adivinación:\_\_\_\_\_

Etiquetación:\_\_\_\_\_

Magnificación:\_\_\_\_\_

Leer la mente:\_\_\_\_\_

Minimización:\_\_\_\_\_

Sobregeneralización:\_\_\_\_\_

Perfeccionismo:\_\_\_\_\_

Personalización:\_\_\_\_\_

Abstracción selectiva:\_\_\_\_\_

Afirmaciones con “Debería”:\_\_\_\_\_

3. Identificar las emociones:\_\_\_\_\_

4. Identificar las reacciones fisiológicas:\_\_\_\_\_

5. Identificar las conductas o comportamientos:\_\_\_\_\_

6. Interrogar cada distorsión con la hoja de interrogatorio de las distorsiones cognitivas  
(hoja de trabajo #4).

7. Proponer pensamientos nuevos:\_\_\_\_\_

8. Plantear nuevas alternativas de emociones que se puedan experimentar:\_\_\_\_\_

---

---

9. Plantear alternativas sobre nuevas conductas o comportamientos\_\_\_\_\_

---

---

10. Imaginar nuevas reacciones fisiológicas\_\_\_\_\_

---

## MATERIAL PARA LA SESION

### TAREA PARA LA CASA #8

Con la lista de situaciones estresantes, en relación al manejo se de la enfermedad o diagnóstico de su hijo, identifique el pensamiento, la emoción y la conducta de cada situación.

Situación\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pensamientos\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reacciones:

Emocionales\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_

Comportamentales\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_

Fisiologicas\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_

Nuevo Pensamiento\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nuevas Reacciones:

Emocionales\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_

Comportamentales\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_

Fisiologicas\_\_\_\_\_Valor\_\_\_\_\_

## TECNICAS DE SOLUCION DE PROBLEMA SESION # 9

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La teoría de Lazarus de estrés, las técnicas centradas en el problema y la centrada en la emoción.
- Ψ **La técnica de solución de problemas de D’Zurilla y Goldfried (1971),** citado por Domínguez, Laura (2007), las técnicas para solucionar problemas consisten en un proceso bidireccional dividido en 5 fases de entrenamiento:
  1. Orientación hacia el problema.
  2. Definición y formulación del problema.
  3. Generación de alternativas de solución.
  4. Toma de decisiones.
  5. Implementación de la solución y verificación.
- ✓ **1º Orientación hacia el problema:** Primeramente, tenemos que identificar el problema, entendido éste como una respuesta inadecuada que se da ante una situación determinada. Es decir, el problema se detecta por las emociones negativas que genera. Preguntarse a uno mismo: ¿cómo me siento ante una determinada situación? (trabajo, familia, economía, pareja, salud...). Si la respuesta a esta pregunta es: mal, enfadado, triste, furioso, asustado, confundido, tenso... estamos ante un problema que deberemos de aceptar como parte de las situaciones de nuestra vida y que debemos de afrontar de manera reflexiva.
- ✓ **2º Definición y formulación del problema:** El siguiente paso es el análisis de la situación, su descripción detallada que genera el estado emocional negativo. Las

preguntas que hay que realizarse son: ¿por qué pasa esta situación?; ¿dónde ocurre?; ¿con qué personas ocurre?; ¿cuándo ocurre? ¿qué hago cuando ocurre? Las respuestas a las preguntas nos irán orientando hacia unas metas emocionales que nos llevarán a conseguir la meta final: el bienestar emocional. Escribe los objetivos que resuelven tus preguntas.

- ✓ **3º Generación de alternativas de solución:** Los conflictos se puede solucionar de diversas maneras, con lo cual hay que generar todas las ideas posibles. Realizar una tormenta de ideas (brainstorming) personal para cada objetivo o submeta, cuantas más ideas mejor. La cantidad generará la calidad de la solución final y la diversidad de ideas aumentará el potencial de ajustes de las mismas, incluso combinándolas hacia la solución óptima. ¡Ojo!, tienes que aplazar el juicio final hasta terminar este proceso, es un error el entrar a valorar las ideas que se van generando hasta no finalizar la fase por muy disparatadas o inviables que parezcan. Todas las ideas pueden aportar elementos a la decisión final. Tener al menos 10 ideas para cada objetivo sería una cifra adecuada.
- ✓ **4º Toma de decisiones:** Ahora se trata de analizar las posibles consecuencias de cada objetivo, las mejores alternativas de las planteadas. Primeramente, se hace una escriba para que queden unas 3-4 alternativas, analizando las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Hay que tener en cuenta las consecuencias para uno mismo frente las consecuencias para los otros, una probabilidad estimada de que sea eficaz esa alternativa y la probabilidad real de que se pueda llevar a cabo. Se trata de llevarlas a una valoración cuantitativa y subjetiva. Siempre las alternativas que repercuten en uno mismo tendrán siempre valor doble. Podemos utilizar para ello alguna escala (0-10) o puntaje que genere una “clasificación” de

las alternativas para tomar la decisión. Las que tengan más puntos en consecuencias positivas que negativas serán las que han de ser seleccionadas. Para saber que hemos elegido una solución útil podemos hacernos estas preguntas:

- ¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?
- ¿Es realista?
- ¿Es muy costosa?
- ¿Cuánto tiempo requiere?
- ¿Puede ser implementada por ti mismo o requiere de otras personas?
- Las consecuencias que se anticipan de su puesta en práctica ¿llevan a resolver el problema?

✓ **5° Implementación de la solución y verificación:** Llegó la hora de poner en marcha la solución elegida. Antes de nada, debemos hacer una pequeña planificación de los pasos a seguir para poder ir valorando cuales funcionan mejor y peor y realizar una implantación progresiva del plan de acción. El modelo que se puede utilizar es la teoría del control y la concepción cognitivo-conductual del auto-control, es decir:

- **Ejecución:** puesta en práctica.
- **Auto-observación:** observar la propia conducta y los resultados que se obtienen.
- **Auto-evaluación:** comparar los resultados con los resultados anticipados previstos.
- **Auto-reforzamiento:** si los resultados se asemejan a los previstos es hora de sentirnos orgullosos del trabajo bien hecho, de lo contrario no desistas y revisa el proceso de las fases anteriores.

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:**

¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

**TAREA PARA LA CASA #9**

**Indicaciones:** repasar las técnicas de solución de problema de D´ Zurilla; la lista de las técnicas de **afrontamiento** para la resolución de problemas. Llene la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrento, basándose en el material de tipos de afrontamiento que se le entrego previamente.

**MATERIAL PARA LA SESIÓN # 9**

## TECNICAS DE AFRONTAMIENTO

### Tipos de afrontamiento según Lazarus

1. **Búsqueda de apoyo social:** pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que pueda ayudarlo.
2. **Escape-evitación:** minimizar la amenaza, esperar a que ocurra un milagro, no hace nada o trata de olvidarse de las cosas a través del alcohol o bromea de la situación problema, desvía su atención del problema, no lo afronta, lo evita.
3. **Planificación de la solución de un problema:** establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que la situación mejore.
4. **Valoración positiva:** la persona piensa positivamente sobre los problemas y como resolverlos, piensa que puede soportar la situación, se automotiva a seguir adelante para minimizar el estrés y la ansiedad.
5. **Valoración negativa:** se caracteriza por la autculpa, pensamientos catastróficos, pensamientos disfuncionales, desadaptativos, negativos.
6. **Revaloración Positiva:** volver a evaluar la situación y buscar pensamientos más adaptativos a la situación. (Domínguez Cedeño, 2007)

## MATERIAL PARA LA SESIÓN

### TAREA PARA LA CASA #9



### **Según los tipos de afrontamiento**

Llene la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrente, basándose en el material de tipos de afrontamiento que se le entregó previamente.

SITUACION	AFRONTAMIENTO
1.	
<b>METAS DE RESOLUCION DE PROBLEMA SESION # 10</b>	

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La Técnica D'Zurilla, la solución de problemas y sus cinco etapas.
- Ψ **Técnicas de resolución de problemas** tienen como objetivo desarrollar las siguientes habilidades:
  - ✓ Identificación del origen del problema: las respuestas emocionales negativas.
  - ✓ Habilidad para generar soluciones alternativas.
  - ✓ Evaluación de la mejor alternativa.
  - ✓ Habilidad para tomar decisiones y ponerlas en práctica.
- Ψ Las técnicas de resolución de problemas se basan en la búsqueda de soluciones lo más eficaces posibles antes un problema mediante:
  1. **Toma de perspectiva:** la causa del problema no es la situación en sí, sino la respuesta inadecuada que damos antes una situación (por ejemplo, gritar).
  2. **Descomposición del problema en submetas realistas:** el objetivo general suele ser relacionado con el bienestar personal más que con la situación objetiva.
  3. **Análisis de bienes-fines:** buscar alternativas para cada una de las submetas.

Hay que ordenar la información y medios disponibles. Si se me estropea el coche una solución es comprar otro, claro, pero quizás no tenga dinero para comprar uno nuevo... ¿y si lo arreglo?

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

### **TAREA PARA LA CASA #10**

**Indicaciones:** repasar las técnicas de resolución de problema de D´ Zurilla; aprender los objetivos de la técnica. Lene la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrento, llenar el formulario de resolución de problemas para poner en práctica lo aprendido.

### **MATERIAL SESION #10**

#### **Hoja de trabajo # 9**

### **TECNICA DE RESOLUSION DE CONFLICTOS**

Pasos para la resolución de problemas:

- Definición del problema
- Generar soluciones alternas
- Toma de decisiones
- Practicarlas y evaluarlas

Se les pide a los pacientes que identifiquen distintas situaciones o problemas de su realidad y desarrolle los pasos expuestos.

## MATERIAL DE SESION

### TAREA PARA LA CASA #10

#### FORMULARIO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS

1. Problema:\_\_\_\_\_

➤ Significado\_\_\_\_\_

➤ Respuesta al significado\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

2. Soluciones posibles:

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

3. Toma de decisiones:

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

4. Aplicar y evaluar las posibles resultados

---

---

---

---

---

5. Problema\_\_\_\_\_

➤ Significado\_\_\_\_\_

➤ Respuesta al significado\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

6. Soluciones posibles:

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

7. Toma de decisiones:

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

## 8. Aplicar y evaluar las posibles resultados

---

---

---

---

---

## FORTALECIMIENTO DE LA RESOLUCION DE PROBLEMA SESION # 11

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La Técnica D´Zurilla, la técnica de resolución de problema y sus objetivos.
- Ψ **El fortalecimiento de la técnica de resolución de problema:** es una forma de entrenamiento para el (la) paciente, ya que la practica le permite aplicar todas las estrategias aprendidas y las puede poner en aprovechar en su vida diaria.
- Ψ Se realiza una resolución de problema con los ejemplos proporcionados por el(la) paciente, para un mejor fortalecimiento; esta tarea se realiza en grupo y guiado por el terapeuta recordando exponer sus ejemplos dados en sesión.
- Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

### TAREA PARA LA CASA #11

**Indicaciones:** repasar las técnicas de resolución de problema de D´ Zurilla; aprender los objetivos de la técnica. Lene la hoja escribiendo dos situaciones y como las enfrento, llenar el formulario de resolución de problemas para poner en práctica lo aprendido.

## **MATERIAL DE SESION**

### **Hoja de trabajo 10**

#### **RESOLUSION DE PROBLEMAS**

En base a los resultados de las pruebas aplicadas al inicio de la sesión se escogen ejemplos de problemas más comunes a los pacientes y se trabajan la resolución de esos problemas se le entrega la hoja de trabajo # 9 y se hace una presentación por grupo y el terapeuta los retroalimenta.

Llenar la hoja del calendario sobre la aplicación de las distintas situaciones sobre el manejo de la enfermedad de sus hijos o situaciones reales propias de usted.



**MATERIAL DE SESION**  
**TAREA PARA EL HOGAR #11**

**FORMULARIO DE RESOLUCION DE PROBLEMAS**

9. Problema\_\_\_\_\_

➤ Significado\_\_\_\_\_

➤ Respuesta al significado\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

10. Soluciones posibles:

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

11. Toma de decisiones:

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

Ventajas\_\_\_\_\_

Desventajas\_\_\_\_\_

## 12. Aplicar y evaluar las posibles resultados

---

---

---

---

---

## ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: ASERTIVIDAD

### SESION # 12

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La Técnica D’Zurilla, la técnica de resolución de problema y sus objetivos.
- Ψ **Entrenamiento en habilidades sociales: asertividad:** Se define asertividad como la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva.
- Ψ **“Mucha gente necesita aprender sus derechos personales”,** R. Lazarus (1986) citado por (Scribd, 2014), como expresar pensamientos, emociones y creencias en formas directas, honestas y apropiadas sin violar los derechos de cualquier otra persona. La esencia de la conducta asertiva puede ser reducida a cuatro patrones específicos: la capacidad de decir "no", la capacidad de pedir favores y hacer requerimientos, la capacidad de expresar sentimientos positivos y negativos, y la capacidad de iniciar, continuar y terminar conversaciones".

- Ψ **Respuestas asertivas y ventajas:** se considera como una habilidad de comunicación interpersonal y social, es una capacidad para transmitir opiniones, posturas, creencias y sentimientos de cada uno sin agredir ni ser agredido.
- Ψ Si para el individuo las opiniones y deseos de los demás prevalecen sobre los propios, la consecuencia es la sumisión que impide que avance el grado de confianza de una relación al no darse a conocer y convirtiéndose así en un absoluto desconocido.
- Ψ A continuación, se definen diversos tipos de respuestas asertivas las cuales también guardan relación con los derechos asertivos:
- ✓ Rechazar una petición.
  - ✓ Hacer una petición o solicitar ayuda.
  - ✓ Solicitar un cambio de conducta que resulta molesta.
  - ✓ Mostrar desacuerdo.
  - ✓ Hacer una crítica.
  - ✓ Recibir una crítica.
  - ✓ Formular un elogio.
  - ✓ Hacer cumplidos. (Scribd, 2014)
- Ψ **Técnicas asertivas:** Lo normal es encontrarnos con diversas dificultades a veces difíciles de superar. La mayoría de ellas son que la otra persona ignore el mensaje y continúe con su conducta, o bien intente criticarla o descalificarla de distintas maneras. Para estas eventualidades se deberá estar preparado con una serie de técnicas asertivas adicionales. A continuación, recogemos algunas
- ✓ **Disco rayado:** Técnica que consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos una y otra vez, ante la inexistencia de otros por

acceder a los suyos. Evita tener que poner excusas falsas y nos ayuda a persistir en nuestros objetivos.

- ✓ **Banco de niebla:** Técnica que nos ayuda a aprender a responder a las críticas manipulativas de otras personas reconociendo su posibilidad o su parte de verdad.
- ✓ **Aceptación negativa:** Esta técnica nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas, (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas que nos formulan a propósito de nuestras características negativas, reales o supuestas.
- ✓ **Aceptación positiva:** Consiste en la aceptación de la alabanza que nos den (elogios, felicitaciones, etc.), pero sin desviarnos del tema central.
- ✓ **Interrogación:** Uno mismo se pregunta lo que le preocupa buscando sus propias respuestas.
- ✓ **Compromiso:** Puede ser muy asertivo y muy práctico siempre que no esté en juego el respeto que nos debemos a nosotros mismos, ofrecer a la otra parte algún compromiso.
- ✓ **Información gratuita:** Consiste en escuchar activamente la información que nos dan los demás sin habérselas pedido nosotros y de allí partir para solicitar más datos y seguir la conversación.

Ψ **La persona asertiva:** es aquella que no se comporta de manera agresiva con los demás, lleva a la práctica sus decisiones, no huye o cede ante los demás para evitar conflictos, es capaz de aceptar que comete errores sin sentirse culpable, no se siente obligada a dar excusas, razones o explicaciones de por qué quiere lo que quiere, distingue de lo que dicen los demás de ella misma o de sus puntos de vista, es capaz

de solicitar información sobre su propia conducta negativa y está abierto siempre a tratar diferencias de intereses o conflictos con otras personas. Una cualidad de ser asertivo es expresar deseos u opiniones, para ello existe un sistema general el cual llamaremos "**D.E.PA**".

Ψ El "**D.E.P.A**" se refiere:

- ✓ **D** - Describir de manera clara la situación que nos desagrade o que deseamos cambiar.
- ✓ **E** - Expresar los sentimientos personales en primera persona, evitando acusar al otro.
- ✓ **P** - Pedir un cambio concreto de conducta.
- ✓ **A** - Agradecer la atención del otro a nuestra petición. (Scribd, 2014)

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

#### **TAREA PARA LA CASA #12**

**Indicaciones:** repasar las técnicas del asertividad, y sus respuestas ventajas en la terapia cognitiva conductual. Describa una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y descríbalos.

**MATERIAL DE SESION**  
**ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES: ASERTIVIDAD**  
**Hoja de Trabajo #10**

Componentes de la Conducta Asertiva

- **Contacto Visual:** este aspecto se refiere al hecho de hacer o no hacer contacto visual con las demás personas. Para ser asertivos en este aspecto debemos mirar, tener contacto visual con las personas con las que nos estamos comunicando. El no tener contacto visual con las personas puede transmitir mensajes distorsionadores como, por ejemplo: que no te interesa lo que está diciendo.
- **Tono de Voz:** el tono de voz que debe ser suave, alto, bajo, normal. Un tono de voz muy bajo o muy alto puede expresar inseguridad, temor, o por el contrario, disgusto, impaciencia, pudiendo poner al receptor a la defensiva. Es importante mantener un tono de voz adecuado a la situación.
- **Postura:** una postura asertiva puede variar de una situación a otra, pero en general, se debe mantener el cuerpo erguido, de forma no rígida, tampoco demasiado relajado. Es importante evitar postura que evidencien que se está listo para cuando una persona le conversa y usted está sentado en la punta de la silla, listo para levantarse e irse.
- **Expresión Facial:** es importante que nuestra expresión facial sea congruente con nuestro mensaje oral; por ejemplo, cuando decimos que algo no nos gusta y que la situación nos ha hecho sentir muy mal, sin embargo, estamos sonriendo.
- **Tiempo:** es importante que sepamos reconocer el momento oportuno para hacer o decir alguna cosa. Por más asertiva que sea nuestra postura, expresión facial u oral,

si nos precipitamos mucho a manifestarla podemos tener dificultades. La persona asertiva sabe reconocer el momento adecuado.

- Contenido: el contenido del mensaje no debe tener elementos amenazadores, agresivos, ambiguos, ya que distorsionan el mensaje. La persona asertiva muestra respeto por los demás, por más disgustado que este.



## **MATERIAL PARA LA SESIÓN**

### **TAREA PARA LA CASA # 12**

Describe una situación donde utilizó un comportamiento asertivo y descríbalo:

SITUACION	COMPORTAMIENTO ASERTIVO

## DIFERENCIACIÓN CONDUCTA ASERTIVA O SOCIALMENTE

### HABILIDOSA, AGRESIVA Y PASIVA

#### SESION # 13

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
  - Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La conducta asertiva.
  - Ψ **CAUSAS DE LA FALTA DE ASERTIVIDAD:** La asertividad evoluciona, su raíz es la interacción y la experiencia a través de formación social de cada individuo, que debilitan o refuerzan tanto su confianza como su autoestima a lo largo de su existencia. En general podemos decir que existe una falta de habilidades sociales o asertividad en la conducta humana probablemente por algunas de las siguientes causas:
    - ✓ La comunicación asertiva se bloquea por un exceso de ansiedad condicionada a la situación interpersonal.
    - ✓ El sujeto no ha sido entrenado en habilidades sociales para actuar adecuadamente.
    - ✓ La falta de autoestima o bien confianza en uno mismo genera poca habilidad en el trato interpersonal.
    - ✓ La mayoría de personas poco asertivas tienen en común un tipo de pensamiento rígido, poco flexible, que funciona en términos de blanco o negro que les impiden resolver adecuadamente los problemas que se le presentan.
- (Scribd, 2014)

- Ψ **Diferenciación conducta asertiva o socialmente habilidosa, agresiva y pasiva:** La falta de asertividad se da en las personas que tienen problemas a la hora de relacionarse. Debemos diferenciar entre conducta asertiva o socialmente hábil, pasiva y agresiva.
- Ψ **Conducta asertiva o socialmente hábil:** Implica firmeza para utilizar los derechos, expresar los pensamientos, sentimientos y creencias de un modo directo, honesto y apropiado sin violar los derechos de los demás. Es la expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes, pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables (Scribd, 2014)
- Ψ **Conducta pasiva:** Transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, falta de confianza, de tal modo que los demás puedan hacerle caso. La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades. Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa. Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como con la persona con la que está interactuando. La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades se encuentra reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta. La persona que

actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas, puede acabar por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo (Scribd, 2014).

Ψ **Conducta agresiva:** Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas. La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta. La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes. El componente no verbal puede incluir gestos hostiles o amenazantes. La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones. Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas. El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas. La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación. Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades. La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás. La conducta agresiva puede traer como resultado consecuencias favorables, como una expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados. También pueden surgir sentimientos de culpa, las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas.

Ψ **EJEMPLOS DE SITUACIONES PARA USAR LA ASERTIVIDAD:**

1. Un compañero de trabajo le da constantemente su trabajo para que Ud. Lo haga. usted decide terminar con esta situación. Su compañero acaba de pedirle que haga algo de su trabajo. Usted le contesta:

- a. Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, te puedo ayudar.

**(CONDUCTA PASIVA)**

- b. Olvídalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un esclavo.

Eres un desconsiderado. **CONDUCTA AGRESIVA.**

- c. No, Luis/Lucia. No voy a hacer nada más de tu trabajo. Estoy cansado de hacer, además de mi trabajo, el tuyo. **CONDUCTA ASERTIVA.**

2. Tu hija te pide permiso para salir a una discoteca de mala reputación, tu:

- a. Le dices que no sería buena idea pero que si quiere puede salir.

**CONDUCTA PASIVA**

- b. Le dices que no puede porque simplemente no quieres. **CONDUCTA AGRESIVA.**

- c. Le dices que no porque no es un buen lugar y es peligroso para ella.

**CONDUCTA ASERTIVA.**

3. Un amigo que nunca te devuelve cuando le prestas algo te pide por favor que le prestes 100 dolares. Con mucha urgencia, tu:

- a. Te excusas diciendo que no tienes dinero para prestarle. **CONDUCTA PASIVA.**

b.Gritando le dices que estas harto que te pida cosas y nunca te las devuelva y que nunca más le prestaras nada. **CONDUCTA AGRESIVA.**

c.Le explicas calmadamente que debido a que nunca te devuelve nada de lo que le prestas no le darás los 100 dolares que te pide. **CONDUCTA ASERTIVA**

Ψ **Cierre, Hoja de trabajo y discusión de la tarea para la casa:** ¿Tiene Ud. Alguna duda, pregunta o comentario sobre lo que hablamos hoy? Ahora vamos a discutir la hoja de trabajo la cual consiste en realizar una práctica en las sesiones para una mejor comprensión al momento de hacer la tarea para la casa que vas a completar durante los próximos días.

### **TAREA PARA LA CASA #13**

**Indicaciones:** repasar las técnicas del asertividad, y sus respuestas ventajas en la terapia cognitiva conductual. Diferentes tipos de conducta asertiva, pasiva y agresiva (Scribd, 2014). Describa una situación donde utilizó un comportamiento asertivo, pasivo y agresivo; y, descríbalos.

## **MATERIAL DE SESION #13**

### **Hoja de trabajo #11**

#### **Ejemplo de Conductas de Personas Asertivas**

- Actúa y habla en base a la realidad
- Puede expresar opiniones diferentes respecto a los demás.
- Reconoce sus errores y éxitos.
- Sabe tomar decisiones propias
- Respeta los sentimientos de los demás
- Sabe expresar sus afectos
- Tiene control de su conducta
- Rechaza peticiones cuando sea necesario.
- Sabe cuándo decir que no (Domínguez Cedeño, 2007).

## **MATERIAL DE SESION #13**

### **Hoja de Trabajo #12**

Ejemplo de frases Pasivas, Agresivas y Asertivas

#### Frases Pasivas

- Hare lo que tú quieras
- Esperare hasta que desees llamarme
- Saldremos a la hora que tu decidas
- Ya que insiste tomaremos
- Si tú quieres podemos tener relaciones sexuales

#### Frases Agresivas

- No me interesa tu opinión
- Siempre quedas como un tonto
- No me extraña que lo hayas hecho mal
- Tú tienes que hacer lo que yo quiera
- No te atreves porque eres una miedosa

#### Frases Asertivas

- Yo no puedo salir hoy, pero mañana con gusto saldremos
- Te aprecio como amigo y no deseo nada sentimental
- Yo no tomo porque me hace daño
- Necesito que me digas francamente lo que piensas



## **MATERIAL PARA LA SESION**

### **TAREA PARA LA CASA# 13**

Describa una situación donde utilizó un comportamiento asertivo, pasivo y agresivo; y, descríbalos:

Situación	Conducta Asertivo	Conducta Pasiva	Conducta Agresiva

--	--	--	--

## FINALIZACION DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

### SESION # 14

- Ψ **Revisar la tarea:** de la sesión anterior. Refuerce la importancia de completar cada semana la lista de la hoja de trabajo.
- Ψ **REPASO:** haga un breve resumen de los conceptos discutidos en la sesión anterior (promueva la participación), Identificar La conducta asertiva, conducta pasiva y conducta agresiva.
- Ψ **Realizar el cierre de las sesiones:** una vez terminada las sesiones con los pacientes se procede a la aplicación del Cuestionario de adaptación para adultos de Hugo Bell, Escala de modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, y, Test de Creencias Irracionales versión abreviada de Calvete y Cardeñoso. Esta aplicación es para el post test de la terapia para obtener las comparaciones antes y después de la Psicoterapia.
- Ψ **Agradecimiento:** por su participación y apoyo en la psicoterapia.